



IN DIT NUMMER ONDER ANDERE:

YOUNG Professional AWARD

KLACHTEN Meldpunt LVO

Ben OK MAAKT LEREN leuk

MINISTER BRUINS reageert op brief LVO

Scherp!

COBRAdagen 2020

Congres voor gynaecologische chirurgie

woensdag 1 april

donderdag 2 april

vrijdag 3 april

Save the date!

COBRAdagen 2020: scherper dan ooit!



Scherp!

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



Belangrijke data

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



COBRAprijs

Ben jij in 2020 de winnaar van de prestigieuze COBRAprijs?

 www.cobradagen.nl

 @COBRAdagen (#COBRA20)

info@cobradagen.nl

INKOPEN IN DE ZORG: WAT VERANDERT ER NA DE BREXIT?



29 maart 2019: de dag dat de Brexit officieel wordt. Of dit nu een no-deal Brexit of Brexit mét goede afspraken met de Europese Unie wordt; de Brexit zal voor veel Nederlandse organisaties de nodige gevolgen met zich meebrengen. Ook Nederlandse ziekenhuizen maken zich grote zorgen over de gevolgen van een Brexit.

Paul Gelderman, partner bij Coppa (inkoopprovider en deskundige op het gebied van inkoop in de zorg en overheid) heeft zich de afgelopen tijd verdiept in de gevolgen van de Brexit op zorginstellingen en ziekenhuizen in Nederland.

sche hulpmiddelen die tijdig geleverd worden en vaak via certificaten voldoen aan wet- en regelgeving. Na de Brexit signaleren we eigenlijk twee grote problemen als het aankomt op de levering van medische hulpmiddelen.'

Leveringsproblemen: 'Omdat het logistieke proces ingewikkelder wordt na de Brexit, lopen medische artikelen mogelijk leveringsproblemen op. Vrachtwagens kunnen letterlijk stil komen te staan. Daardoor kunnen al op korte termijn tekorten in ziekenhuizen ontstaan na de Brexit en komt de voortgang van het primaire zorgproces in gevaar,' aldus Paul.

Medische hulpmiddelen mogen niet meer gebruikt worden: 'Veel hulpmiddelen worden op dit moment uit het Verenigd Koninkrijk geleverd en krijgen daar een certificaat mee,' legt Paul uit. 'Als de scheiding van de Europese Unie niet goed wordt geregeld, worden deze middelen vanaf 29 maart mogelijk niet meer toegelaten op de Nederlandse markt en ben je als zorginstelling wettelijk in overtreding als je deze hulpmiddelen blijft gebruiken.'

Signalerende taak van ziekenhuizen

Ondanks dat certificatie iets is wat volgens Paul afgehandeld moet worden op overheidsniveau en opgepakt door fabrikanten, vindt hij wel dat zorginstaties een signalerende taak hebben. 'Als ziekenhuis of zorginstelling krijg je uiteindelijk immers last van leveringsproblemen, of dat nu door de ongeldigheid van certificaten of logistieke problemen komt,' zegt Paul. 'Je kunt afwachten totdat er wat fout gaat, of proactief handelen.' Paul onderscheidt daarin vier verschillende fasen:

Inventariseren:

Inventariseer welke medische hulpmiddelen op dit moment direct vanuit het Verenigd Koninkrijk worden geleverd. 'Doe dat enkel voor de meest kritische medische hulpmiddelen om de inventarisatie behapbaar te maken,' aldus Paul. 'Spit contracten door, bekijk facturen en raadpleeg leveranciers om te ontdekken wie je Britse leveranciers zijn of wie er vanuit het Verenigd Koninkrijk aanleveren. Vergeet daarbij ook niet om te inventariseren of er deelproducten of grondstoffen zijn die door leveranciers gebruikt worden en wellicht uit het Verenigd Koninkrijk geïmporteerd worden.' Op basis van de inventarisatie ga je risico's proberen te voorkomen of de gevolgen ervan te beperken door goed risicomangement.

Voorkomen: De risico's na de Brexit zijn volgens Paul voor een groot gedeelte te beperken door nu al voorbereidingen te treffen. 'Dat kan door alternatieve hulpmiddelen in kaart te brengen, andere leveranciers te selecteren, alternatieve leveringsroutes via bijvoorbeeld Duitsland te regelen, standaard voorraden op te hogen of in ieder geval eerder te bestellen zodat je na 29 maart niet direct met een tekort te maken krijgt,' vertelt Paul.

Oplossen:

Nu duidelijk is welke leveranciers uit het Verenigd Koninkrijk leveren of met Britse certificaten werken, is het ook belangrijk om met deze leveranciers afspraken te maken. 'Bespreek welke maatregelen de leverancier zelf treft omtrent de Brexit. Biedt de leverancier zelf alternatieven aan of moet jij als ziekenhuis/zorginstelling zelf op zoek gaan naar alternatieven als er vertragingen of tekorten optreden? Maak vooraf een goed actieplan voor wie wat doet indien er toch calamiteiten in leveringen optreden. Neem daarin op wat er moet gebeuren om op korte termijn via alternatieve leveranciers of andere aanleverroutes zaken onder controle te krijgen.'

Borgen: Dicht de afspraken die je met leveranciers maakt omtrent risicomangement ook juridisch af. 'Wat als het risico wel optreedt en de beschikbaarheid of levertijd van hulpmiddelen in gevaar komt?' vraagt Paul zich af. 'Dan moet je een noodplan hebben en de leverancier aansprakelijk kunnen stellen.'

Tijd voor actie! Dit hele traject is volgens Paul niet iets dat enkel de inkoopafdeling, medische afdelingen of de logistieke afdeling moeten dragen. 'Het is een probleem dat je gezamenlijk op moet lossen. Betrek ook de medici en verpleegkundigen erbij, zowel bij de inventarisatie als bij het voorkomen en de acties die ondernomen worden wanneer er risico's optreden.'

Voor ziekenhuizen en zorginstellingen die hun inkoop hebben uitbesteed aan Coppa, denkt Coppa al mee over de voorbereidingen die getroffen moeten worden voor de Brexit. 'Coppa wil bij haar opdrachtgevers proactief optreden,' aldus Paul. 'Maar ook ziekenhuizen en zorginstellingen die nog geen inkoopondersteuning vanuit Coppa krijgen, helpen we graag.'

Neem contact op met Paul Gelderman (paul.gelderman@coppa.nl) voor meer informatie omtrent onze dienstverlening betreffende de Brexit.

[Bron: <https://coppa.nl/>]



Paul: 'We zien dat in de media de focus vooral ligt op wat er allemaal fout kan gaan bij een no-deal Brexit. Maar ook bij een akkoord met de EU, kunnen er problemen optreden voor ziekenhuizen en zorginstellingen. In de zorg is het natuurlijk zo dat het primaire zorgproces altijd door moet gaan, patiënten moeten gewoon goed en tijdig geholpen worden. Die hulp is afhankelijk van de aanwezigheid van de juiste medi-

EEN HERSENBLOEDING ZONDER HET TE WETEN

Tekst Pieter Lomans foto's Eric Scholten Met dank aan de Radbode



Bijna vijf miljoen euro voor drie onderzoeksprojecten om een bijna onzichtbare hersenziekte beter en vooral vroeger op te sporen. Marcel Verbeek gaat dat doen. Met biomarkers in lichaamsvocht. Omdat een vroegtijdige diagnose van de ziekte CAA op termijn misschien ook een behandeling mogelijk maakt.

Eiwitfragmenten die in menselijke hersenen aan elkaar plakken hebben geen goede naam. Terecht. Bij de ziekte van Alzheimer verstoren aangekoekte eiwitklonters (amyloïd bèta plaques) de werking van de hersencellen. Veel onderzoekers zien een direct verband tussen die plaques en de cognitieve achteruitgang die zo kenmerkend is voor deze groep patiënten. 'Plaques zijn op meer plaatsen in de hersenen te vinden', zegt Marcel Verbeek, moleculair onderzoeker en universitair hoofddocent bij de afdeling Neurologie, 'bijvoorbeeld bij een minder bekende aandoening als Cerebrale Amyloïd Angiopathie - kortweg CAA. Net als bij Alzheimer zit het probleem in de hersenen – dus cerebraal. Net als bij Alzheimer gaat het om klonterende eiwitfragmenten - amyloïd. Maar bij CAA wordt er geklonterd op een andere locatie. De plaques ontstaan niet tussen de hersencellen, maar aan de "buitenkant" van de hersenvaten.

Langzaam maar zeker sluiten lagen eiwit zo stukjes bloedvat af van de omgeving. Dat leidt vroeg of laat tot serieuze problemen – de angiopathie. Vandaar de naam: Cerebrale Amyloïd Angiopathie, ofwel CAA.'

Kleine hersenbloedingen

CAA is een geniepig, en tot nu toe bijna onzichtbaar proces. Met een MRI-scan zijn die vaatplaques niet zichtbaar te maken. De stapeling gaat ongezien door, totdat stukjes van de hersenvaten door de eiwitverpakking verschrompelen en afsterven, en bloed op die plaatsen eigenlijk alleen nog maar door de holle verpakking stroomt. Op een gegeven moment breekt of barst die eiwitbuis. Dit geeft mini-hersenbloedingen, die wél op een MRI-scan te zien zijn, maar in de regel geen klachten geven. Wanneer een gescheurd bloedvat blijft doorbloeden, stroomt het bloed in het hersenweefsel en veroorzaakt het een bloeduitstorting. Dit kan leiden tot neurologische uitvalsverschijnselen, zoals een verlamming van een arm, een scheve mond of niet goed kunnen spreken. Maar dan is het ziekteproces, inclusief de cognitieve achteruitgang, meestal al ver gevorderd. Marcel Verbeek wil dit ziekteproces, dat ook speelt bij een groot deel van de Alzheimerpatiënten, veel

vroeger kunnen vaststellen. Dat doet hij door in lichaamsvloeistoffen, vooral hersenvocht en bloed, naar biomarkers te zoeken. Biomarkers zijn stoffen die in een vroeg stadium verklappen of iemand een ziekte heeft, in dit geval CAA. Liefst al ruim voordat die minibloedingen of grotere bloedingen ontstaan, zodat er - op termijn - ook iets tegen te doen is. Niet alleen een vroegere diagnose, maar ook een therapie. Dat is het ultieme doel. Voor zijn aanpak ontving hij in korte tijd drie subsidies, waardoor het onderzoek in een stroomversnelling is terechtgekomen.

Biomarkers in beeld

In het ZonMw project BIONIC, dat als eerste werd toegekend en dit voorjaar al is gestart, zoekt Verbeek naar biomarkers in hersenvocht dat via het ruggenmerg wordt afgetapt. 'We hebben er nu ongeveer tien in beeld', zegt hij. 'Het gaat om een aantal chaperonne-eiwitten, enkele proteasen en een aantal ontstekingseiwitten; stoffen die allemaal vrij specifiek zijn voor CAA. We hebben technieken ontwikkeld om die stoffen in zeer lage concentraties op te sporen. Dat gaan we doen in een groep patiënten met een hersenbloeding als gevolg van CAA, maar ook bij Alzheimerpatiënten. Een deel van hen heeft geen CAA, een deel wel. Omdat we ook hun cognitief functioneren kennen, gaan we onderzoeken hoe sterk die relaties zijn.' Met een subsidie van het Canadese Weston Brain Institute gaat de onderzoeker met collega's in Göteborg ook naar het amyloïd bèta zelf kijken, het SCALA project: 'Het amyloïd bèta eiwit komt in allerlei varianten voor, een stukje langer aan het begin, iets langer aan het eind. Of juist wat korter aan het eind en wat langer aan het begin; er bestaan echt allerlei

MARCEL VERBEEK

Marcel Verbeek studeerde Scheikundige Technologie in Delft. Ondanks deze atypische vooropleiding promoveerde hij in 1996 op onderzoek aan de mechanismen van het ontstaan van Cerebrale Amyloïd Angiopathie (CAA). Marcel vertaalt nieuw verkregen inzichten in de mechanismen van neurologische ziekten, zoals CAA, maar ook van de ziekte van Alzheimer en de ziekte van Parkinson, naar nieuwe biomarkers voor klinische toepassingen. Marcel is getrouwd, heeft 3 studerende kinderen en doet in zijn vrije tijd aan improvisatietheater en mountainbiken.

ARIA

CAA en Alzheimer zijn allebei ziekten die door amyloïd bèta stapelingen worden veroorzaakt, met als belangrijk verschil dat het amyloïd bèta zich opstapelt op een andere plaats in de hersenen. Voor de behandeling van Alzheimer zijn al veel therapieën gelanceerd, maar voorlopig vooral met negatieve resultaten. Marcel Verbeek: 'Een recente test met het medicijn aducanumab zag er wel hoopvol uit. Het is een antilichaam dat de vastgeplakte eiwitten min of meer loswrikt waardoor ze alsnog kunnen worden opgeruimd. Maar dat leidt helaas bij een behoorlijk aantal patiënten tot een ARIA, een Amyloid Related Imaging Abnormality. Dat is een ernstige bijwerking, waarbij oedeem en hersenbloedingen kunnen optreden, die vooral mensen lijkt te treffen die naast Alzheimer óók CAA hebben.' Losgewrikt amyloïd dat wordt opgeruimd, is in theorie een veelbelovende behandeling voor mensen in een beginstadium van Alzheimer. 'Maar bij patiënten met Alzheimer die óók CAA hebben, lukt dat opruimen kennelijk niet voldoende. We denken dat het vrijgekomen amyloïd bij deze mensen naar de bloedvaten in de hersenen wordt gesleept om het daar weer op te slaan en vast te plakken, wat leidt tot ARIA. Als dat inderdaad zo is, kunnen we de eenmaal gevonden biomarkers gebruiken om deze patiënten op te sporen. Zo is te voorkomen dat ze een ARIA krijgen. Tegelijkertijd selecteer je zo de patiëntengroep die waarschijnlijk het meeste baat heeft bij een medicijn als aducanumab. Dat kan een mooie en mogelijk al snelle klinische toepassing van ons onderzoek zijn.'

varianten van. Wat zien we? Dat enkele specifieke vormen zich ophopen bij de hersenbloedvaten en dat die verschillen van het amyloïd in de plaques die je bij Alzheimer vindt. Op die manier is mogelijk ook het amyloïd bèta zelf als biomarker te gebruiken.'

Waardevolle ratten

Zeer recent is er nog een subsidie van het Amerikaanse National Institute of Health (NIH) voor het CAFÉ project bijgekomen. Door dit project - een samenwerking met de Universiteit van Rhode Island - kan Verbeek nu ook ratten met CAA voor onderzoek naar Nijmegen halen. 'Het is een waardevol onderzoeksmodel, waarin we alle fases van de ziekte in de hersenen en biomarkers in het hersenvocht op de voet kunnen volgen. Die gegevens koppelen we aan de eventuele cognitieve achteruitgang bij de knaagdieren. Verder zagen we al eerder dat diverse CAA-biomarkers bij mensen en deze ratten goed overeenkomen en in concentratie toenemen bij het verergeren van de aandoening. Daarnaast worden de dierexperimentele gegevens voortdurend vergeleken met patiëntgegevens die Karin Klijn, Floris Schreuder en Edo Richard van de neurovasculaire groep in het Radboudumc verzamelen. Alles is nu opgetuigd om echt grote stappen in het onderzoek naar CAA te gaan zetten.'



UMC UTRECHT WERKT MET 3D TECHNOLOGIE WAARBIJ RÖNTGENSTRALING VERVANGEN WORDT DOOR LICHT

Het UMC Utrecht gebruikt als eerste ziekenhuis in de wereld een nieuwe technologie die voerdraden en catheters zichtbaar maakt met licht in plaats van met röntgenstraling. Sinds 2012 werken Philips en het Hart- en vaatcentrum van het UMC Utrecht samen aan de ontwikkeling van deze technologie en de eerste klinische resultaten zijn nu beschikbaar. "De voerdraden en catheters kunnen zonder röntgenstraling worden afgebeeld in 3D en zijn daardoor beter te interpreteren en dit maakt operaties eenvoudiger. Dat is van enorme meerwaarde voor de patiënt en medewerkers in de operatiekamer", zegt UMC Utrecht vaatchirurg Joost van Herwaarden.

Wereldwijd worden jaarlijks zo'n 75 miljoen onderzoeken gedaan met behulp van jodiumhoudende contrastvloeistof dat via de bloedvaten wordt toegediend. Denk bijvoorbeeld aan het maken van een CT-scan of een angiografie (een röntgenfoto van hart en bloedvaten) voor het stellen van een diagnose. Deze contrastmiddelen kunnen bij sommige mensen leiden tot acute daling van de nierfunctie. Mensen die al een chronisch verminderde nierfunctie hebben, lopen een verhoogd risico. Het gaat dan om zo'n tien procent van de algehele bevolking.

Fiber Optic RealShape technologie

Het is gebruikelijk dat minimaal invasieve vaatoperaties worden uitgevoerd met behulp van voerdraden en catheters in het lichaam van de patiënt die zichtbaar worden gemaakt met röntgenstraling. Dit toont deze medische hulpmiddelen in 2D in grijstinten op een scherm. De nieuwe Fiber Optic RealShape (FORS) technologie kan deze medische



Vaatchirurg Joost van Herwaarden laat de nieuwe techniek zien.

hulpmiddelen nu visualiseren door gebruik te maken van licht dat door ingebouwde glasvezels in een voerdraad wordt gestuurd. In combinatie met Philips beeldvormende apparatuur levert dit real-time 3D beelden op in heldere, contrasterende kleuren. De bruikbaarheid van deze nieuwe technologie bij operaties is in afgelopen maanden bewezen tijdens een klinische studie in het UMC Utrecht onder leiding van Van Herwaarden. In deze studie zijn eenentwintig patiënten met vaatvernauwingen en aneurysma's succesvol geopereerd.

Beter zicht

Doordat de catheter en voerdraden tijdens de operatie veel duidelijker zichtbaar zijn en in 3D, kan de medisch specialist zijn medische hulpmiddelen beter zien. Het is de verwachting dat operaties hierdoor korter en eenvoudiger worden. Dit moet echter nog in vervolgstudies

worden bewezen. Wanneer minder röntgenstraling nodig is bij operaties is dit niet alleen goed voor de betrokken patiënten, maar zeker ook voor de medewerkers die dagelijks werken met deze schadelijke straling.

Vervolgstudies

Vaatchirurgie wordt steeds complexer doordat meer procedures uitgevoerd kunnen worden met medische hulpmiddelen in het lichaam in plaats van via open chirurgie. Om deze innovatieve technologie verder te ontwikkelen en de waarde wetenschappelijk aan te tonen worden de komende jaren technologische en klinische studies uitgevoerd. Van Herwaarden: "Vervolgstudies moeten uitwijzen in hoeverre met deze technologie de procedures korter en efficiënter worden, wat dit betekent voor de kosten per operatie en de verbetering van de kwaliteit van diagnostiek en behandeling."



Ad Melkert, voorzitter van de NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen), bezocht het nieuwe OK in het MMC lokatie Veldhoven. Hij bezocht de hybride- en robot OK, en liet zich informeren over nieuwste operatietechnieken.

LVO ZOEKT BESTUURS- / COMMISSIELEDEN

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

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

Heb je interesse?

Mail dan aan Jeanine Stuart, secretaris LVO: secretaris@lvo.nl



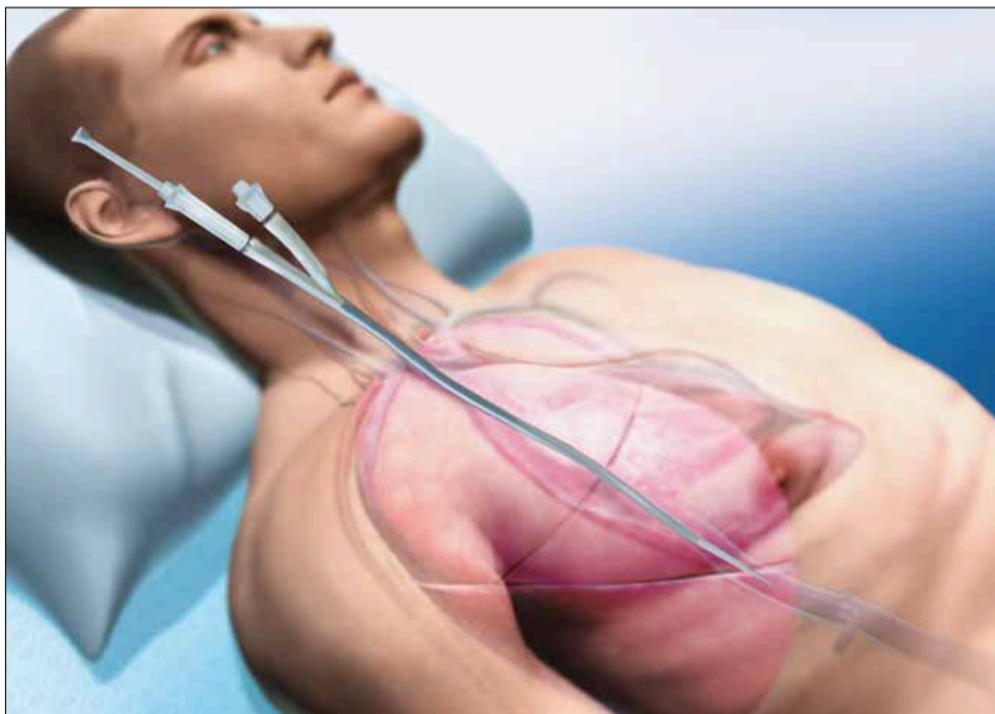
UITREIKING YOUNG PROFESSIONAL AWARD

Op 15 februari vierde de LVO 'De dag van de operatieassistent', met een mini symposium.

'Samen naar de toekomst!'

Tijdens dit evenement werd ook de Young Professional Award uitgereikt, voor de beste afstudeerscriptie. Genomineerd waren: Dian de Wit (links op de foto) met haar scriptie over Allround tijdens de dienst, en Tess Ris-van Bodegraven (rechts) met haar scriptie over Werken met een opdekplein. Helaas kan er maar één winnaar zijn. En dat is geworden: Tess Ris-van Bodegraven! Gefeliciteerd! Wij danken Tess en Dian hartelijk voor hun inzet!

In het midden Ron op de Weegh van de firma Van Straten Medical die de Award beschikbaar stelde.



Avalon Elite

Dubbel-lumen bicavale katheter

De Avalon Elite is knikbestendig en beschikbaar in maten van 13 Fr. t/m 31 Fr. Hierdoor is de katheter breed klinisch inzetbaar voor veno-veneuze ECMO bij respiratoir falen. Van neonaten tot volwassenen.

Er hoeft slechts één canule te worden ingebracht voor drainage en terrugave van het bloed, wat het risico op bloeding en infectie van de canulatieplaats reduceert. Het gebruik van de Avalon Elite maakt het mobiliseren van de patiënt eenvoudiger.



Meer weten?
Scan de QR-code of
ga naar onze website.

www.getinge.com

GETINGE ✱

LVO-LEDEN: GEEF JE E-MAILADRES DOOR!

Van veel LVO-leden hebben wij geen (recent) e-mailadres. Geef s.v.p. jullie e-mailadres door aan ledenadministratie@lvo.nl zodat wij mededelingen m.b.t. het lidmaatschap kunnen doorgeven.

Geef ook aan of je de nieuwsbrief wilt ontvangen. Veel dank!

De LVO-ledenadministratie.

HOE SLIMME RFID TECHNOLOGIE VOOR EEN DOORBRAAK KAN ZORGEN MET CHIRURGISCH INSTRUMENTARIUM

Spraak gestuurde technologie, apps waarmee je kunt zien wanneer je Uber taxi voor de deur staat, het virtueel volgen van je postpakket, automatisch afrekenen. Allemaal ontwikkelingen die meer regel zijn dan uitzondering.

Het Internet of Things biedt hierin steeds meer mogelijkheden. Geïntegreerde technologie wordt steeds slimmer.

Sinds diverse jaren worden instrumentnetten voorzien van een 1D barcode en de losse instrumenten met een 2D barcode (QR-code). Radio Frequency Identification (RFID) is een toevoeging op de barcode en is een technologie waarin identificatie plaats vindt via radiogolven. Deze manier van identificatie werd al gebruikt tijdens de Tweede Wereldoorlog. Philips ontdekte hoe chips (tags) op afstand konden worden uitgelezen. De eerste toepassing was in kledingzaken waarbij detectiepoortjes, kleding met aangebrachte RFID tags konden herkennen. Dit werd toegepast tegen diefstal.

RFID tags bestaan in alle soorten en maten. De chips worden aangebracht in bankpassen, OV chip kaarten, mobiele apparaten, verpakkingen en heel veel andere producten.

Handmatig wordt de inhoud van een instrumentnet op de OK, althans dat is de bedoeling, voor en na gebruik handmatig geteld. Hiervoor geldt dat dit geautomatiseerd en met behulp van RFID tags veel eenvoudiger kan.

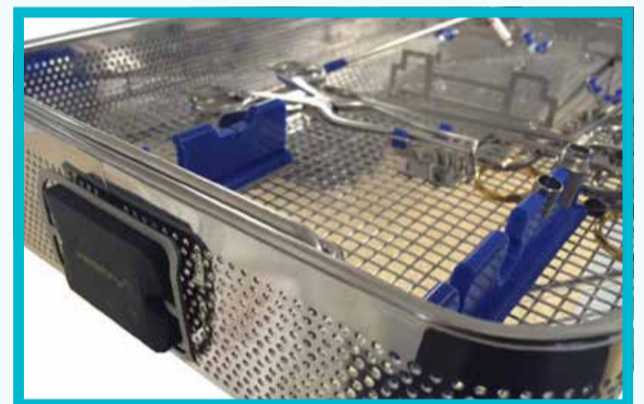
- Er is geen fysiek contact nodig, scannen kan handmatig maar ook automatisch via een poortje via een instrumenten overzettafel.
- Honderden tags/instrumenten kunnen in een of enkele seconden worden gelezen.
- Transportkarren kunnen worden voorzien van RFID alle netten gevolgd kunnen worden.
- Bij het uitlezen zijn veel grotere afstanden mogelijk dan bij de streepjescode.
- Vervalsen van RFID-tags is veel complexer dan de barcode.
- RFID tags zijn niet gevoelig voor vuil of contaminatie zoals bij barcodes het geval is die onleesbaar kunnen worden.
- De levensduur van de Tag is gegarandeerd op minimaal 1500 cycli.

RFID is een technologie waarbij informatie op afstand kan worden gelezen en zonder tussenkomst van een persoon. Door middel van RFID readers of een poort kan een RFID tag, gemonteerd op een medisch hulpmiddel geautomatiseerd worden uitgelezen zodra deze een reader passeert. Het slim maken van een instrument of instrumentenet is niet eenvoudig. Anders dan met andere producten zijn de omstandigheden rondom een instrument uiterst complex. Autoclaaftemperaturen van 134 graden, druk, blootstelling aan water en reiniging met chemicaliën zijn complexe factoren voor toepassing van RFID op instrumentarium. Daarnaast heeft het opbouwen van 'clinical evidence' veel tijd nodig.

Diverse partijen zijn actief op het gebied van tracking en tracing van instrumentarium en instrumentnetten. Zo doet Van Straten Medical bijvoorbeeld al sinds 2010 -vanuit haar Research & Development activiteiten- onderzoek naar de mogelijkheden met autoclaveerbare RFID tags.



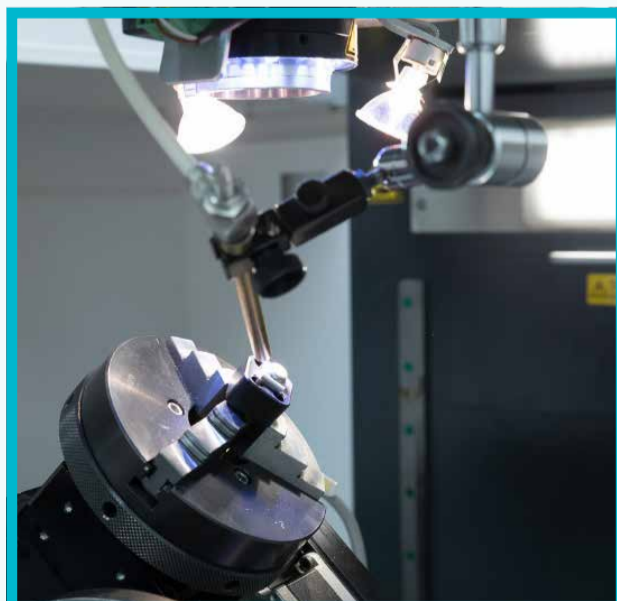
Instrumentarium en instrumentnetten voorzien van een Datamatrix voor uitwisseling van informatie met een server.



Instrumentnetten door Van Straten Medical voorzien van autoclaveerbare RFID tags. De netten worden via zogenaamde 'readers' tot op 8 meter afstand uitgelezen.

Onderzoek zal de komende jaren meer duidelijkheid moeten geven over de toepassing van slimme instrumenten met RFID. In coalitie wordt door de TU Delft met Van Straten Medical en Reinier de Graaf ziekenhuis onderzoek gedaan naar RFID op chirurgisch instrumentarium.

Ondanks dat RFID op individueel instrumentniveau veel voordelen biedt, is meer onderzoek nodig met lange termijn resultaten voordat het grootschalig kan worden toegepast op alle instrumenten. Uit de praktijk lijkt momenteel de beste combinatie die van RFID tags op netniveau en transportkarren en datamatrix op individueel instrumentniveau. Internet of Things innovaties transformeren echter onze wereld snel. Het draadloos uitwisselen van informatie tussen slimme instrumenten en instrumentnetten is straks net zo gewoon als het bestellen van een Uber taxi via een app.



Het laserlassen van een RFID tag in de instrumentmakerij van Van Straten Medical. Na het laserlassen wordt de RFID tag via 'clip' vastgezet op een instrument.



Met behulp van laserlas technologie wordt RFID aangebracht. Foto: Van Straten Medical.

MINISTER BRUINS REAGEERT OP BRIEF VAN LVO OVER TEKORTEN OPERATIEASSISTENTEN

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA Den Haag

Datum 14 februari 2019
Betreft Commissiebrief Tweede Kamer inzake Zorgen LVO over tekort aan
operatieassistenten en kwaliteit en veiligheid van zorg



Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk

Bijlage(n)

-

Uw kenmerk

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Geachte voorzitter,

Op 11 december jongstleden verzocht uw Kamer mij om een reactie op de brief die zij had ontvangen van de Landelijke Vereniging van Operatieassistenten (LVO) van 28 november jongstleden aangaande een tekort aan operatieassistenten en de kwaliteit en de veiligheid van zorg. In de brief van 28 november vraagt de LVO om een aantal maatregelen om te voorkomen dat door een tekort aan operatieassistenten de Nederlandse operatiekamers worden beminst door onbekwame medewerkers. In deze brief doet de LVO een aantal voorstellen om de door hen gesignaleerde knelpunten op te lossen. Hierbij treft u mijn reactie aan op deze brief van de LVO.

Allereerst wil ik benadrukken dat ik de signalen van de LVO zeer serieus neem. Goede kwaliteit en veiligheid van zorg staan voor mij voorop, deze moeten altijd op orde zijn.

Registratie in de Wet BIG

De LVO pleit voor opname van het beroep van operatieassistent in artikel 3 van de Wet BIG. Hiermee worden wettelijke eisen gesteld aan dit beroep en is de titel beschermd. Ook kan dan worden bepaald of, en indien nodig, welke voorbehouden handelingen de operatieassistent zelfstandig mag uitvoeren. Ook wordt de operatieassistent dan onderworpen aan het publiekrechtelijke tuchtrecht.

Ik onderschrijf dat de operatieassistent een belangrijke rol vervult in de operatieve zorg, waarin risicovolle handelingen en technologische ontwikkelingen elkaar snel opvolgen. Opname van een nieuw beroep in artikel 3 van de Wet BIG vraagt om een wetwijziging. Bij de beoordeling of een wetwijziging op dit punt noodzakelijk is, wordt aan een aantal criteria getoetst, waaronder: is het beroep gericht op de individuele gezondheidszorg, is het een basisberoep dat voldoende onderscheidend is ten opzichte van andere beroepen, en is wettelijke regulering noodzakelijk om de patiënt adequaat te beschermen. Om te kunnen beoordelen of de operatieassistent aan deze criteria voldoet, zal ik het Zorginstituut vragen mij hierover te adviseren. Het Zorginstituut heeft specifieke deskundigheid op het terrein van beroepenregulering. De LVO kan zich in deze adviesaanvraag vinden.

Het feit dat de operatieassistent niet in de Wet BIG geregeld is, betekent overigens niet dat daarmee de kwaliteit van de beroepsuitoefening niet gewaarborgd is. Er zijn vele mensen werkzaam in de zorg, die geen BIG-registratie bezitten, maar wel zorg verlenen. Wanneer een operatieassistent bij een operatie risicovolle handelingen verricht, zal dat altijd zijn in opdracht van een arts en volgens zijn aanwijzingen, waarbij de operatieassistent eveneens bekwaam moet zijn om deze handelingen te verrichten.

Naast de Wet BIG is voor de kwaliteit van zorg ook de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) van belang. De Wkkgz verplicht zorgaanbieders om 'goede zorg' te bieden, dat is zorg die veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is en waarbij zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid die voortvloeit uit professionele standaarden, zoals de kwaliteitsstandaarden. De zorgaanbieder moet de zorg zodanig organiseren dat het één en ander redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede zorg. Dit impliceert onder meer dat de zorgaanbieder moet beschikken over voldoende personeel, dat goed is opgeleid om de taken adequaat te kunnen uitvoeren, ongeacht of het een gereguleerd beroep betreft of niet. Daarmee is de zorgaanbieder (het ziekenhuis) eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg bij operaties.

De opleiding tot operatieassistent

De LVO stelt ook een aantal vragen over de opleiding. Op 16 november 2018 heb ik uw Kamer een brief gestuurd (Kamerstukken II, 2018-2019, 29282, nr. 341) waarin ik een reactie gaf op het capaciteitsplan van het Capaciteitsorgaan waarin aandacht wordt gevraagd voor het verhogen van de instroom in de opleidingen tot medisch ondersteunende beroepen, waar de opleiding tot operatieassistent er een van is.

Om te zorgen voor voldoende medisch personeel in ziekenhuizen investeer ik jaarlijks fors in het opleiden van zowel specialisten als gespecialiseerd verpleegkundig en medisch ondersteunend personeel, waar de opleiding tot operatieassistent onderdeel van is. Dat doe ik op basis van ramingen van het Capaciteitsorgaan en kostendekkende financiering. Daarnaast stel ik jaarlijks €200 miljoen beschikbaar via de Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg voor op-, bij- nascholing van personeel in ziekenhuizen. Ook investeer ik jaarlijks €112 miljoen via het Stagefonds Zorg in voldoende en goede stagebegeleiding door werkgevers.

Daarnaast loopt er een experiment op grond van artikel 36a van de Wet BIG voor de bachelor medische hulpverlener (BMH). Het doel van het experiment is om te bepalen of het doeltreffend en doelmatig is om een zelfstandige bevoegdheid toe te kennen aan de BMH met betrekking tot een beperkt aantal en daartoe aangewezen voorbehouden handelingen. Het beroep van BMH is geïntroduceerd om een bijdrage te kunnen leveren aan de toenemende behoefte aan medisch ondersteunend personeel als gevolg van een stijging van de vraag naar zorg in acute situaties. De opleiding tot BMH leidt op tot een breed basisberoep met meerdere uitstroommogelijkheden, waarbij de BMH-operatieve zorg één van de uitstroom varianten is. Gedurende de looptijd van het experiment (5 jaar) is de BMH bevoegd om zelfstandig een aantal aangewezen voorbehouden handelingen te verrichten.

De arbeidsmarkt

De arbeidsmarkttopgave is groot; niet alleen in de operatiekamer maar breder in de zorg. Denk aan de wijk, de ouderenzorg, de ziekenhuizen en de kraamzorg. Daarom heeft VWS dit voorjaar een zorgbreed actieprogramma Werken in de Zorg gelanceerd. Het zwaartepunt van het actieprogramma ligt in de regio met 28 regionale actieplannen voor de aanpak van tekorten. Dit steunen we onder meer met de scholingsimpuls SectorplanPlus (330 mln) voor scholing van nieuwe medewerkers en de IkZorg-campagne.

Hoogachtend,
de minister voor Medische Zorg
en Sport,
Bruno Bruins

MELDPUNT LVO ONTVANGT AL 63 MELDINGEN OVER TEKORTEN EN WERKDRUK



Sinds oktober 2018 is het Meldpunt Tekorten Operatieassistenten actief. Dit door de LVO opgezette platform heeft als doel om te inventariseren wat de tekorten aan operatieassistenten tot gevolg hebben. Meldingen kunnen ook anoniem gedaan worden. Dat het meldpunt een succes is, blijkt uit de 63 meldingen die sinds oktober binnen zijn gekomen. Hieronder vindt u een korte bloemlezing van een aantal geanonimiseerde klachten. Het gaat de LVO niet om iemand aan de schandpaal te nagelen, maar we willen graag inventariseren wat er allemaal speelt. Dan pas kunnen we als beroepsvereniging een constructieve rol spelen om de kwaliteit van zorg voor de operatieassistenten te waarborgen. En dan samen met alle betrokkenen tot een goede en duurzame oplossing te kunnen komen. Gesprekken over deze problematiek worden ook op politiek niveau gevoerd. Zie ook de berichtgeving over de gesprekken die de LVO voert met Tweede Kamerleden en Minister Bruins, op de volgende pagina. Het Meldpunt vind je op: <https://lvo.nl/form/meldpunt-lvo-tekorten-operatieassistenten>. Anoniem melden is altijd mogelijk. Een uitgebreid artikel over deze problematiek, lees je in Operationeel 1-2019. Enkele citaten:

‘De hoge werkdruk heeft tot gevolg dat er vele lichamelijke klachten voorkomen onder onze operatieassistenten. Door ziekte staan er dagelijks diensten open. Wanneer deze niet “vrijwillig” worden opgelost, worden collega’s aangewezen. Er wordt veel gedreigd, zonder waardering te tonen.’

‘De tekorten gaan ten koste van een veilige werk/leer omgeving. Onbekwame collega's worden ingezet. Studenten krijgen niet de juiste begeleiding. We moeten taken uitvoeren van een andere discipline waar we niet in geschoold zijn.’

‘Hoge werkdruk en dienstbelasting door krapte. Dedicated zijn is steeds meer vereist door de groeiende complexiteit van de ingrepen. Daardoor ligt er vaak ontzettend veel verantwoordelijkheid en druk bij één persoon. Deze staat vaak uit personeelsgebrek met een gedetacheerde en een leerling. Hierdoor zijn er vaak ontevreden specialisten. Er is veel burn out bij de “kar trekkende” gediplomeerde operatieassistent. De leerling werkt hierdoor niet in een veilige, vertrouwde leeromgeving.’

‘Hoge werkdruk. De kwaliteit gaat achteruit. Steeds minder aandacht voor de patiënt. Veel aandacht voor snelheid op de OK. Dit klopt niet....’

‘Er is geen/te weinig toezicht op gedetacheerden. De vraag is of zij wel bijgeschoold worden. Eisen aan bij-en nascholing zou verplicht zouden moeten zijn.’

LVO STRIJDT VOOR BIG-REGISTRATIE

De LVO is druk bezig om te strijden voor erkenning van het beroep van operatieassistent door middel van registratie in het BIG-Register. Op de foto Hennie Mulder (LVO) met Joba van den Berg, Tweede Kamer lid voor het CDA en Nicole Dreessen (LVO). En passant wisten de LVO-bestuursleden minister-president Mark Rutte nog te strikken voor een kort onderonsje.

Heb jij de petitie al getekend? <https://lvo.nl/nieuws/petitie-lvo-tekort-operatieassistenten-en-erkenning-beroep>





Foto: Arjan van der Vegt

SINT MAARTENSKLINIEK EN ZIMMER BIOMET WERKEN SAMEN AAN VERBETERING ORTHOPEDISCHE ZORG

De Sint Maartenskliniek gaat nauw samenwerken met Zimmer Biomet, een producent van medical devices. Het doel van de samenwerking is het verder verbeteren van de orthopedische patiëntenzorg. De partijen tekenden hiervoor een officiële samenwerkingsovereenkomst.

Mark Van Houdenhoven, voorzitter Raad van Bestuur Sint Maartenskliniek: "We willen met deze overeenkomst meer bereiken dan alleen het leveren van prothesen, het gaat om het continu verbeteren van de patiëntenzorg". De Sint Maartenskliniek loopt in Nederland voorop als het gaat om operaties met heupprothesen. Wij hebben veel kennis en ervaring waar ook specialisten uit het bui-

tenland regelmatig een beroep op doen. Deze kennis en ervaring willen we graag delen met Zimmer Biomet. Zij leveren goede prothesen, internationale ervaring, kennis en netwerken in de zorg. Deze brede samenwerking draagt bij aan diverse verbeteringen in de zorg.

Roland van Esch, general manager Zimmer Biomet: "Zimmer Biomet heeft als streven om de kwaliteit van zorg en de processen rondom de orthopedische patiënt continu op een hoger niveau te brengen. Daarom is Zimmer Biomet verheugd om de samenwerking met de Sint Maartenskliniek nu ook in een meerjarige overeenkomst vast te leggen. Hiervoor worden gezamenlijke nieuwe initiatieven ondernomen zoals het protocol 'enhanced recovery', dat heeft geleid tot een

korter verblijf van patiënten in het ziekenhuis. Ook zijn andere efficiency-aspecten in een 'gainsharing' model vastgelegd."

In 2017(*) voerde de Sint Maartenskliniek ruim 1.100 totale heupprothese-operaties uit en 335 heuprevisie-operaties, verreweg de meeste in Nederland. Het eerstvolgende ziekenhuis voerde zo'n 145 van dergelijke revisieoperaties uit. De heuprevisie-operatie is een complexe operatie die nodig is als een heupprothese niet (goed) functioneert en geheel of gedeeltelijk moet worden vervangen. Het gaat hierbij vooral om patiënten die vanuit andere ziekenhuizen komen. Al deze patiënten komen uit heel Nederland.

(*) bron: zorginzicht.nl openbare database – Zorginstituut Nederland

EERSTE NEDERLANDSE HOOGLERAAR KINDERANESTHESIOLOGIE BENOEMD



Ignacio Malagon is benoemd tot hoogleraar Kinderanesthesiologie aan de Radboud Universiteit/Radboudumc. Hij is de eerste hoogleraar op dit gebied in Nederland. Ignacio Malagon (Madrid, 1962) volgde de artsopleiding aan de Universidad Complutense te Madrid, waar hij in 1986 zijn Licenciado Medicina Cirugia behaalde. Vanaf 1990 tot 1999 volgde hij de opleiding anesthesiologie in het Verenigd Koninkrijk en een clinical Fellowship in het Paediatric Intensive Care in het BC Children's Hospital Vancouver, Canada. In 2005 promoveerde hij aan de Universiteit Leiden op onderzoek naar darmpermeabiliteit en hartschade bij kinderen die een hartoperatie moeten ondergaan.

Malagon heeft in het verleden diverse betrekkingen in Nederland gehad, onder meer als kinderanesthesioloog en intensivist in het Leiden University Medical Centre

(1999- 2007) en het Wilhelmina Kinderziekenhuis in Utrecht (2007-2009). De perioperatieve zorg rondom kindhartchirurgie heeft altijd zijn speciale belang-

stelling gehad. Sinds 2011 is hij als stafid en cardio-anesthesioloog en intensivist verbonden aan het University Hospital South Manchester, UK. In 2013 werd hij er Honorary Senior Lecturer, en deed hij onderzoek naar ECMO (Extra Corporele Membraan Oxygenatie) en postoperatieve complicaties na hartchirurgie. In 2016 werd hij consultant en klinisch adviseur van het National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

Ignacio Malagon is de eerste hoogleraar Kinderanesthesiologie aan de Radboud Universiteit en in Nederland: "Kinderanesthesiologie is een geheel eigen vakgebied. Kinderen zijn immers geen kleine volwassenen."

AMSTERDAM UMC OPENT HIGHTECH MEDISCH TRAININGSCENTRUM



Het Amsterdam Skills Centre (ASC) heeft zijn deuren geopend. Het trainingscentrum biedt medisch specialisten en andere zorgverleners van over de hele wereld een innovatieve leeromgeving met twaalf hightech operatiekamers, operatierobots, virtual reality simulatoren en onderwijsfaciliteiten. Met een 'new way of learning skills' ontwikkelt het ASC snellere, veiligere en efficiëntere opleidingsmodules waarmee medisch specialisten in korte tijd – lastige – ingrepen onder de knie krijgen. Het centrum is gebouwd in samenwerking met het medisch-technologiebedrijf Stryker, dat mede heeft geïnvesteerd in gebouw en apparatuur. Het ASC is gevestigd op het terrein van Amsterdam UMC, locatie AMC.

Chirurgen en andere snijdende specialisten leren en trainen hun hele leven door. Een deel van hun opleiding en bijscholing vindt nu plaats tijdens hun reguliere werk – on the job. Dat vergt een lange tijd – er zijn immers maar zoveel patiënten per keer in te plannen, en een chirurg moet vaak oefenen om zich een vaardigheid eigen te maken. Het skills centre biedt leergangen aan waarmee chirurgen op efficiënte manier kunnen worden getraind – off the job. Het ASC voorziet de leermethoden met oefen-

materiaal, virtuele omgevingen en weefsel van overledenen die hun lichaam ter beschikking hebben gesteld aan de wetenschap. Doordat zo vaker, sneller en efficiënter kan worden geoefend zijn vaardigheden sneller aangeleerd. Dit verkort de training van snijdend specialisten en verbetert de patiëntveiligheid.

Prof.dr. Jaap Bonjer, hoogleraar Chirurgie van Amsterdam UMC en CEO van het skills centre: "Ons werk is door de jaren heen ingrijpend veranderd, denk aan kijkoperaties en hartkatheterisatie. Hybride OK's hebben inmiddels veel weg van een ruimtestation. Slimmer en sneller leren, helpt om de opleidingsduur en de zorgkosten te beperken. Daarvoor moeten zorgprofessionals overstappen van training on the job naar training off the job. Dat vergt een grote omschakeling. Met het ASC zetten we hierin een grote stap."

In de toekomst wil het ASC cursussen opzetten voor laag- en middeninkomenslanden, waar toegang tot goed medisch onderwijs nog minimaal is. Wereldwijd hebben 5 miljard mensen geen toegang tot basale chirurgische zorg, stelt ook de WHO. Elke minuut worden meer dan 250 noodzakelijke operaties niet uitgevoerd door een gebrek aan chirurgen en anesthesiologen. Het Amsterdam Skills Centre heeft tot doel een betaalbare en mobiele

leeromgeving te creëren die overal ter wereld geïmplementeerd kan worden. Iedere partij die wil bijdragen aan die missie is van harte welkom om zich aan te sluiten bij het Amsterdam Skills Centre initiatief.



BESTE COLLEGA'S,

In 2019 is er geen tweedaags LVO-congres maar is de LVO er in geslaagd het Europese congres van EORNA naar Nederland te brengen. Daar zijn we trots op!

De LVO is één van de 24 landen die zijn vertegenwoordigd in deze Europese vereniging van operatieassistenten. Een congres niet alleen voor Europa, ook vele delegaties uit de wereld komen naar dit congres. Een unieke kans om met collega's uit andere landen kennis te maken en kennis te delen. Voor onze buitenlandse collega's hebben we de mogelijkheid om een aantal operatieafdelingen te bezoeken. En er is een charity run voor het Juliana Kinderziekenhuis.

Het thema van dit internationale congres is dan ook:

"On the Move"

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

De early bird tarieven gelden tot 1 maart as. Maar daarnaast hebben we nu ook een zeer aantrekkelijke korting voor een "één dag registratie". Kom je met meer dan 10 collega's dan doen we je graag een aanbod via ons secretariaat: eorna-registration@kit-group.org

We zien je graag.
Namens de EORNA en LVO
Henk Folkertsma & Jeanine Stuart

SYMPOSIUM CONCEPT RICHTLIJN LUCHTBEHANDELING OPERATIEKAMERS EN BEHANDELKAMERS

Op donderdag 21 maart organiseert Stichting Trainingen Infectie Preventie (STIP) het vijfde symposium Luchtbeheersing Operatiekamers in Veenendaal.

Vanuit de domeinen techniek, microbiologie en menselijk gedrag is het doel van dit symposium kennis te maken met de CONCEPT richtlijn luchtbehandeling operatiekamers en behandelkamers:

- Wat is gewijzigd ten opzichte van de richtlijn 2014 en het addendum?
- Wat betekent de concept richtlijn voor de praktijk?
- Aan welke criteria moeten de operatiekamers en behandelkamers voldoen?
- Hoe wordt de luchtkwaliteit geborgd?
- Wat betekent de concept richtlijn voor de VCCN RL7 en de RL8?

Inschrijven kan op: <https://www.infectiepreventieopleidingen.nl/lbok19>





ZONDER VERPLEEGKUNDIGE HEEFT EEN BED GEEN WAARDE

NederlandZonderZorg is
een initiatief van NU91.nl



GENERATIEBELEID, WAT BETEKENIT DIT VOOR JOU?

Door: Loes van Vugt / Zorg anno NU

Cao-partijen hebben in de cao Ziekenhuizen 2017 -2019 een afspraak gemaakt over Generatiebeleid. Binnen een instelling kunnen de werkgever en de medewerker op wederzijdse vrijwillige basis afspraken maken over de toepassing hiervan.

Over de term **vrijwilligheid** ontstaat (met name bij werkgevers) wat ruis ... De term vrijwillig lijkt te suggereren dat werkgevers een keuze hebben om het Generatiebeleid al dan niet (of wel) toe te passen. Niets is minder waar: wel vrijwillig, maar **niet vrijblijvend**. Werkgevers zijn gehouden aan de gemaakte afspraken in de cao om dit te onderzoeken en beleid hierover te maken in nauw overleg met OR en regionale vakbondsvertegenwoordiger (dus ook NU'91!).

Wat houdt de regeling nu eigenlijk in?

De werknemer die gebruik maakt van de instellingsregeling Generatiebeleid krijgt een vrijstelling van een deel van het aantal overeengekomen uren conform de huidige arbeidsovereenkomst. Werkgever en werknemer stellen de omvang van de vrijstelling in overleg vast, waarbij het aantal werkuren minimaal gemiddeld 18 uur (50% van een voltijd dienstverband) bedraagt. Door het terugbrengen van de arbeidsduur wordt de opbouw van alle arbeidsvoorwaarden 'in tijd', zoals vakantie en PLB-uren, eveneens teruggebracht naar het gekozen niveau. De uren die op deze manier binnen de organisatie vrijkomen worden her-bezet, of de productie wordt aangepast, zodat er geen sprake is van werkdrukverhoging bij de

werknemer die gebruik maakt van de instellingsregeling Generatiebeleid of bij andere werknemers.

Is dit voor iedereen?

De afspraak Generatiebeleid staat open voor werknemers die op of na 1 januari 2018 en voor 1 januari 2023 zestig jaar of ouder zijn of worden. Wordt de toepassing van de regeling Generatiebeleid afgesproken, dan kan de werknemer deelnemen tot het einde van zijn arbeidsovereenkomst.

Hoe gaan we de uren her-bezetten?

De uren die op deze manier binnen de organisatie vrijkomen worden her-bezet, of de productie wordt aangepast, zodat er geen sprake is van werkdrukverhoging bij de werknemer die gebruik maakt van de instellingsregeling Generatiebeleid of bij andere werknemers. *Een veelgehoord argument is dat werkgevers nu al niet eens vacatures kunnen invullen; het Generatiebeleid zal hier niet aan bijdragen!* Het Generatiebeleid moet daarom integraal onderdeel zijn van duurzaam personeelsbeleid in jouw instelling.

Ook gunstig voor mij?

De werknemer dient, alvorens gebruik te kunnen maken van de instellingsregeling Generatiebeleid, eerst zijn PLB-uren volledig te hebben opgemaakt. Gedurende de periode dat de werknemer gebruik maakt van de regeling ontvangt hij jaarlijks 57 PLB-uren op basis van een 100% dienstverband. De extra uren die waren toegekend in de overgangsregeling (artikel 12.2.3 en 12.2.4 en 12.1.2 lid 4) komen te vervallen. In een aantal gevallen kan het zelfs gunstiger zijn om GEEN gebruik te maken van het Generatiebeleid, bijvoorbeeld als je heel veel PLB-uren hebt staan (die je sowieso eerst moet opmaken wil je gebruiken kunnen maken van de regeling!).

Conclusie

Vraag bij je HRM-adviseur en/of OR naar de stand van zaken omtrent het Generatiebeleid. Ga niet zomaar starten met het opmaken van je PLB-uren in de verwachting dat de regeling Generatiebeleid wordt toegepast in jouw instelling.

Tot slot, heb je heel veel PLB-uren staan op je verlofkaart, vraag jezelf dan af hoe dat komt. De PLB-uren zijn tenslotte bedoeld om in te zetten naar jouw persoonlijke omstandigheden! Heb je vragen hierover én ben je lid van NU'91: neem contact op met ons via het NU'91 serviceloket; 0302964144 maandag t/m vrijdag bereikbaar van 9.00 tot 21.00 uur.

**NU'91 DE BEROEPSORGANISATIE VOOR DE
VERPLEGING EN VERZORGING!**

WWW.NU91.NL



**RUIME
OPENINGSTIJDEN**

NU'91 Serviceloket is bereikbaar van
maandag t/m vrijdag van 09:00 tot 21:00 uur
via **030-2941444**.



'NIEUWE'

BENEN VOOR PIERRE

Wat is er met me gebeurd, mama?', vraagt Pierre. 'Wanneer gaat u mijn benen beter maken?' Niet wetend wat ze haar zoontje op die vragen moet antwoorden, belooft Edwige hem dat ze er alles aan zal doen om genezing te vinden voor Pierre's kromme benen.

Toen ze voor het eerst opmerkte dat de benen van haar zoontje anders groeiden dan die van de andere kinderen, probeerde haar familie verschillende massagetechnieken uit om de beentjes van Pierre beter te laten

groeien. Maar door een gebrek aan essentiële voeding van jongs af aan zouden zijn benen zijn groeiende lichaam niet langer ondersteunen.



Geen geld

Edwige zag in dat niets hielp. Ze huiverde bij de gedachte dat Pierre gehandicapt zou worden en was bang voor de toekomst van haar zoontje. Maar misschien zou een operatie helpen? Ze informeerde ernaar bij het lokale ziekenhuis, maar werd weggelachen: 'Hier accepteren we geen muntgeld'. Edwige was kwaad, omdat ze gelijk hadden. 'Hoe graag ik het ook zou willen, ik heb niet genoeg geld om het te betalen.'

Uitstel

De tijd verstrijkt. Is er dan echt geen mogelijkheid? Op een dag hoort Edwige over Mercy Ships. Ze begint de reis naar de Africa Mercy met haar zoontje en ontvangt waar ze al die jaren op heeft gehoopt en voor gebeden: een afspraak voor een operatie. Maar daarmee zijn ze er nog niet. Pierre krijgt koorts en de operatiedatum moet meerdere keren uitgesteld worden. Edwige: 'We zijn zo dichtbij, het zal toch niet te mooi zijn om waar te zijn?' Het doet haar pijn te zien hoe haar zoontje lijdt.

Groen licht

De laatste week van de orthopedische operaties breekt aan. Op wonderbaarlijke wijze herstelt Pierre van zijn koorts en krijgt hij groen licht voor een operatie. Fysiotherapeute Stephanie, vrijwilliger op de Africa Mercy, vertelt: 'Voor zijn leeftijd is het geval van Pierre een van de ergste die ik heb gezien. Als we niet ingrijpen, zal het niet lang meer duren voordat hij niet meer in staat is om ooit normaal te kunnen lopen.'

Droom wordt werkelijkheid

Na de operatie, waarin de beide benen van Pierre worden rechtgezet, haalt Edwige opgelucht adem. 'Zelfs al zou hij de beste scholen hebben gevolgd en mooie diploma's hebben behaald, dan was hij toch niet ver gekomen in het leven,' zegt Edwige. 'Gehandicapten zijn hier niet gewenst.' Met een lach op haar gezicht kijkt ze toe hoe haar zoon zijn eerste stappen zet richting een nieuwe toekomst. Haar droom is werkelijkheid geworden.



Albert 
Schweitzer
Prijs 2019

HEB JIJ EEN GOED IDEE DAT DE GEZONDHEID IN AFRIKA VERBETERT?
EN BEN JE TUSSEN 18 EN 35 JAAR?
DOE MEE MET DE ALBERT SCHWEITZER PRIJS 2019
EN MAAK KANS OP € 5.000,-.

Kijk op www.nasf.nl

Nederlands
Albert
Schweitzer
Fonds

FMS
Fondation Max van der Stoep

SPECIALISTEN IN HET INRICHTEN VAN



▶ OPERATIEKAMER

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



▶ RECOVERY

PENDELS EN GOTEN | LAMPEN | TROLLEYS | ACCESSOIRES | MEUBILAIR



▶ SPOED EISENDE HULP

PENDELS EN GOTEN | LAMPEN | TROLLEYS | ACCESSOIRES | MEUBILAIR



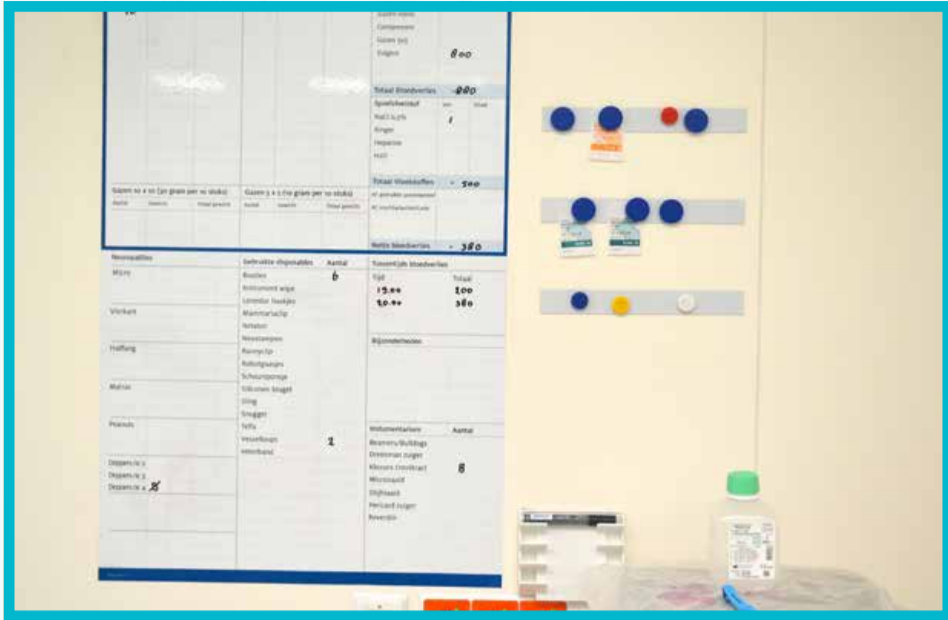
▶ CARE

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



▶ POLIKLINIEK

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



Radboudumc telbord in gebruik.



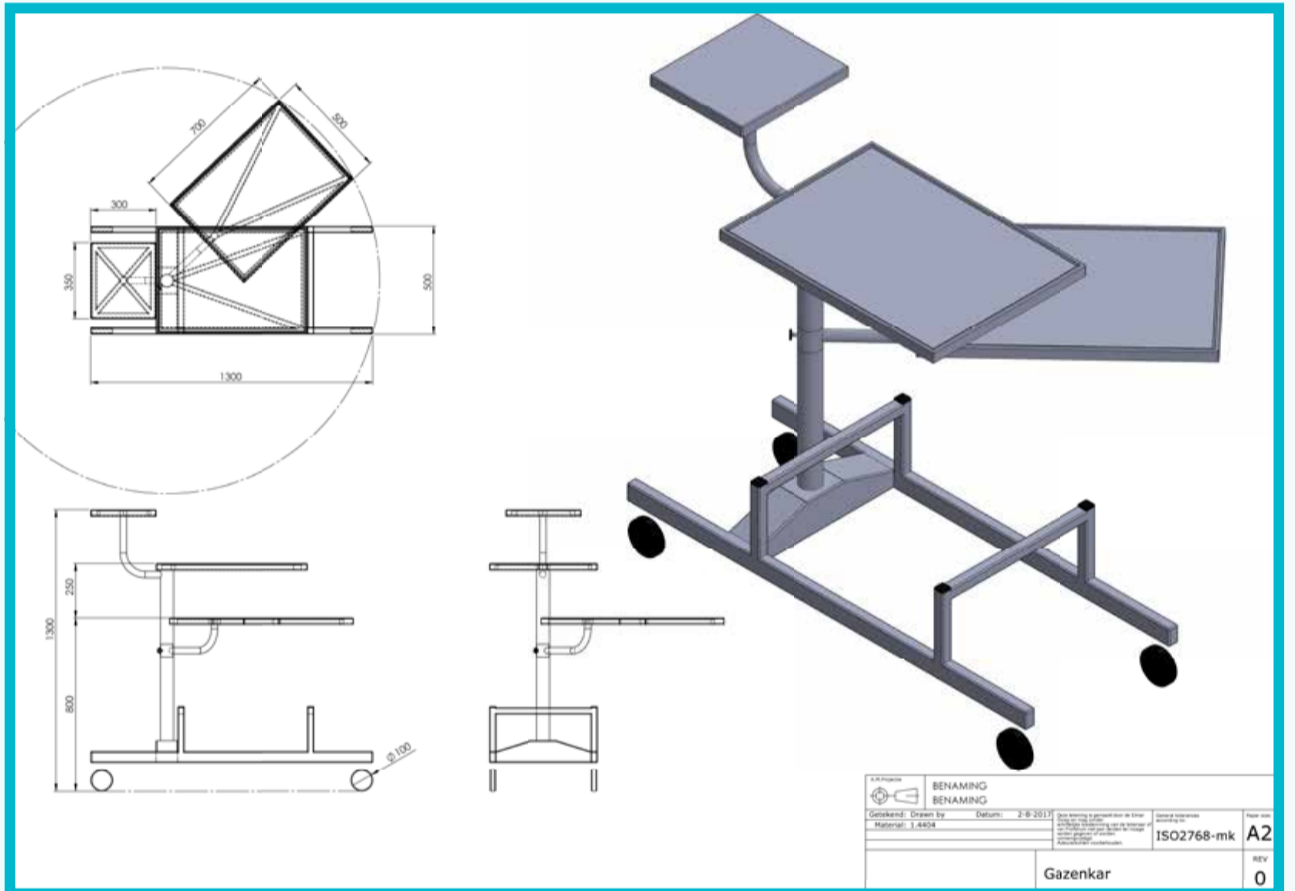
Radboudumc teltafel in gebruik.

RADBOUDUMC ONTWERPT HULPMIDDELEN VOOR HET TELLEN VAN GAZEN

In het Radboudumc is een multidisciplinaire werkgroep 'Pas op je Tellen' actief. Deze werkgroep evalueert de processen rondom de telprocedure en initieert verbetermogelijkheden. In samenwerking met Iris Hobo, design manager Radboudumc, is een uniek telbord ontworpen. Een telbord is natuurlijk niet nieuw, maar het bord dat in het Radboudumc gebruikt wordt wel. Het is een groot White bord waarop vermeld staat wat er gebruikt wordt tijdens de operatie. Het telbord is gemaakt als een sticker en daarom ook op de best waarneembare plaats te bevestigen, zowel voor de instrumenterende als voor het hele OK team. Verder is er een duidelijke plek om vloeistoffen- en bloedverlies periodiek te melden aan de anesthesie. Ook zijn er afspraken gemaakt hoe de verschillende gebruikte materialen genoteerd worden om zo uniformiteit te creëren.

Het tweede innovatieve idee is de Radboudumc Teltafel. De werkgroep heeft gekeken wat er op de markt te verkrijgen is. Na een aantal spullen bekeken te hebben is de werkgroep tot de conclusie gekomen dat er een nieuw ontwerp moest komen, de Radboudumc Teltafel. Dit idee werd gesterkt door een eindschrijving van twee studenten, Marloes van Thiel en Janine van Kleef. 'Gaasmateriaal tellen doet het Radboudumc zo!', waarin aanbevelingen gedaan werden voor een teltafel.

Radboudumc zocht vervolgens contact met de Firma Heijnen Medical met de vraag of zij wilden meedenken over een nieuw ontwerp. Zij hebben een eerste prototype gemaakt en deze is uitgebreid getest.



Ontwerp tekening Radboudumc teltafel

Op de onderste rails wordt een standaard instrumenten draadmand geplaatst waar alle verwerkte gazen in kunnen. Het onderste tafelblad is 180°draaibaar. Hier worden de buikgazen op uitgelegd. Het tweede tafelblad is voor 10x20 gazen. Het bovenste blad is voor gevallen instru-

mentarium en overig gebruikt operatiemateriaal. Op deze manier wordt het tijdens de operatie gebruikte materiaal overzichtelijk gescheiden gepresenteerd.

Op deze manier helpen deze middelen ons bij het overzichtelijk houden van het telproces, en verkleinen we zo één van de oorzaken voor het maken van telfouten in de hectiek van de OK. Tegelijkertijd kijken we proactief uit naar aanvullende technologisch innovatieve detectiemethoden, die ons gaan helpen bij het borgen van het telproces, met name ten aanzien van de controle van de compleetheid van het gebruikte instrumentarium.

In Operationeel 1-2019, het magazine van de LVO, lees je een uitgebreid artikel over beide hulpmiddelen.

Namens de Radboudumc werkgroep 'Pas op je tellen', Ronald Schulte, operatieassistent Radboudumc, ronald.schulte@radboudumc.nl. Anita Heideveld – Chevalking, coördinator patiëntveiligheid OK, anita.heideveld-chevalking@radboudumc.nl

NICOLE DREESSEN BENOEMD TOT VOORZITTER LVO



Tijdens de Algemene Leden Vergadering (ALV) van de LVO, die gehouden werd op 15 februari, is Nicole Dreessen benoemd tot voorzitter. Nicole was al jarenlang bestuurslid Beroepsbelang. Bij de LVO. Daarnaast is zij Teamleider chirurgie bij Zuyderland MC.

Nicole volgt de oude voorzitter Ger Creemers op. Hierbij bedanken we Ger, voor zijn inzet van afgelopen jaren. Ger zal door middel van projecten de LVO blijven ondersteunen. Wij wensen Nicole heel veel succes bij het vervullen van het voorzitterschap.

In operationeel 1-2019 en de volgende editie van De Nederlandse OK-Krant lees je een uitgebreid interview met haar.

ORGAANDONATIE NA EUTHANASIE

HET VERHAAL VAN BEN

Tekst: Menno Goosen

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

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



Foto: Ivonne Zijp

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

OPRECHTE BELANGSTELLING

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

een dergelijk verzoek begeleid. Ook voor het MCL was dit de eerste keer. Sterker nog, als intensivist heb ik nooit eerder contact gehad met een patiënt buiten de afdeling.' Annalize: 'Dit zal ons voor de rest van ons leven binden. Het was zo bijzonder dat wij hierbij betrokken mochten zijn.'

EUTHANASIE IN HET ZIEKENHUIS

Normaal gesproken vindt euthanasie plaats in een thuisituatie, begeleid door de huisarts. Bij een euthanasieprocedure gevolgd door orgaandonatie, moet het overlijden in het ziekenhuis plaatsvinden, zodat de organen zo snel mogelijk op de OK kunnen worden uitgenomen door een Zelfstandig Uitname Team (ZUT). Het ZUT bestaat meestal uit twee chirurgen, twee operatieassistenten, een anesthesioloog en een anesthesiemedewerker. Het is een team specialisten dat naar het ziekenhuis gaat waar de donor is. Het ZUT komt met een speciaal ingerichte bus met daarin alle materialen die nodig zijn. Het team neemt de organen van de donor uit in een OK-ruimte van het donorziekenhuis. Dit team kan deze uitname, de donatie, op iedere OK in ieder ziekenhuis verrichten. Nederland heeft drie van dergelijke teams. De daadwerkelijke transplantatie vindt plaats in een van de acht academische transplantatiecentra.

DONATIE NA EUTHANASIE

Rik: 'Donatie na euthanasie is iets wat nog maar kort mogelijk is. Het is een heel lastige procedure omdat twee zaken bij elkaar komen: euthanasie, wat een juridisch zeer strikt gereguleerd en emotioneel proces is, en orgaandonatie, wat logistiek heel goed geregeld moet worden in verband met de beperkt mogelijke tijdsduur van de ingreep. Dit proces roept ook veel emoties op. Beide processen moeten worden samengevoegd. Orgaandonatie is al zeldzaam in de meeste ziekenhuizen, orgaandonatie na euthanasie komt maar heel weinig voor. Tot nu toe ongeveer veertig keer in Nederland. In november 2017 is een landelijke richtlijn gepubliceerd zodat niet elk ziekenhuis het wiel opnieuw hoeft uit te vinden. Een van de belangrijkste punten die in deze richtlijn staan, los van alle praktische zaken, is dat het initiatief voor de procedure altijd uitgaat van degene die euthanasie gaat krijgen. In dit geval Ben. Dat is wezenlijk anders dan bij een reguliere orgaandonatie, waarbij de artsen het initiatief nemen en de nabestaanden gevraagd wordt of er bezwaar is tegen donatie. Ben zou altijd het recht hebben om tot op het laatste moment af te zien van de procedure.'

ONDERZOEKEN

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

ROL VAN DE DONATIECOÖRDINATOR

Annalize vervulde in het hele traject de rol van donatiecoördinator. Een donatiecoördinator geeft uitvoering aan het lokale donorwervingsbeleid in overleg met en onder verantwoordelijkheid van de raad van bestuur van het ziekenhuis. Hij of zij regelt en coördineert het traject totdat de transplantatiecoördinator in huis is, en vanaf dat moment ondersteunt de donatiecoördinator de transplantatiecoördinator. Daarnaast zorgt de donatiecoördinator ervoor dat binnen het uitnameziekenhuis, conform de Wet op de orgaandonatie (WOD), respectvol wordt omgegaan met orgaan- en weefseldonatie. Het belangrijkste is misschien wel het ondersteunen van familie, artsen en verpleegkundigen tijdens het proces. *Annalize*: 'In het MCL hebben we twee donatiecoördinatoren. De keuze is op mij gevallen omdat ik ook IC-verpleegkundige ben. Dat was een praktische overweging omdat ik ook aan het bed kan staan en verpleegtechnische handelingen kan uitvoeren.' *Annewiep*: 'Annalize dacht werkelijk aan alles. Zo zorgde ze er onder andere voor dat er een tillift beschikbaar was. Annalize en Rik waren echt een enorme steun voor ons. Ze hebben zich in het hele proces alleen maar laten leiden door wat het beste was voor ons. Daarbij zijn ze soms dwars door ziekenhuissystemen heen gefietst. De manier waarop ze dat hebben gedaan, heeft Ben rust en mij kracht gegeven.'

DBD- VERSUS DCD-PROCEDURE

In Nederland kan donatie plaatsvinden via een donatieprocedure na hersendood (DBD of donation after brain death, voorheen heartbeating- procedure), of via een donatieprocedure nadat het hart en de bloedsomloop zijn gestopt (DCD of donation after circulatory death, voorheen non-heartbeating-procedure). Voor een DBD-procedure wordt met behulp van meerdere onderzoeken aangetoond dat sprake is van hersendood. Dat is het volledige en onherstelbare verlies van de functies van de hersenen, inclusief hersenstam



Foto: Ziko van Dijk

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

en verlengde merg (**). Het vaststellen van hersendood is streng geregeld, er mag niet worden afgeweken van de protocollen. De ademhaling en circulatie van de potentiële donor worden na vaststelling van de hersendood nog door machines op gang gehouden. Op deze manier blijven de organen voorzien van zuurstof en andere belangrijke stoffen. Dit gaat door tot het moment dat de organen tijdens de operatie worden uitgenomen. De DBD-procedure is de meest gewenste voor donatie omdat de mensen met intacte circulatie naar de OK gaan en de tijd zonder bloedvoorziening het kortst is, waardoor de organen optimaal behouden blijven. Bij Ben is de DCD-procedure toegepast. Een DCD-procedure vindt plaats nadat het hart tot stilstand is gekomen en er dus geen bloedsomloop meer is. Er is meer haast bij geboden dan bij de DBD-procedure en niet alle organen zijn meer geschikt voor donatie. *Rik*: 'Gelukkig zijn er steeds minder mensen hersendood, maar daardoor neemt het aanbod van deze donoren wel af. Daarom is de DCD-procedure bedacht, wat een andere manier is om aan organen te komen.'

MAANDAG 9 APRIL 2018

Annewiep: 'Op vrijdag 6 april nam Ben met een mooi feest afscheid van alle mensen die hem steeds gesteund hadden. Hij genoot van het prachtige lenteweek op zaterdag en zondag. Op maandag 9 april reden we naar het ziekenhuis. Daar werden we met bloemen, koffie, thee en broodjes ontvangen door Rik en Annalize. Rik legde nogmaals de hele procedure uit. De huisarts vroeg Ben voor de laatste keer of hij nog steeds achter zijn besluit stond. We aten samen broodjes, ook Ben. De sfeer was rustig en we hebben zelfs nog gelachen om grapjes van Ben.' Na de lunch

was het tijd voor het starten van de euthanasieprocedure. De huisarts diende via de infuuslijn de euthanatica (anesthetica en spierrelaxantia) toe. Euthanatica hebben geen invloed op de kwaliteit van de donororganen. De huisarts is altijd de uitvoerende arts, ook stelt deze polsloosheid, bewusteloosheid en ademstilstand vast. Daarna wordt vijf minuten gewacht en niets meer gedaan, de zogenaamde 'no touch'. Deze procedure is bij orgaandonatie nodig om zeker te weten dat het hart niet meer vanzelf begint te kloppen en dat de ademhaling niet meer vanzelf op gang komt. Dit hoort bij het vaststellen van de dood als iemand orgaandonor is. Ben is rustig gestorven. *Rik*: 'Het was een zeer aangrijpende, maar niet belastende ervaring.' *Annewiep* en *Annalize* bevestigen dat.

HELD

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

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

(**) Hersendoodprotocol van de Gezondheidsraad.

COLOFON

De Nederlandse OK krant is een uitgave van:

VL MEDIA Advies

Schorpioen 77

9602 MJ Hoogezand

Telefoon: 06-11352165

Email: info@denederlandse-ok-krant.nl

Directeur/Eigenaar: Alex van Leeuwen

Verspreiding: Afdeling OK en CSA van de Nederlandse Ziekenhuizen, leveranciers ziekenhuis en beroepsverenigingen OK.

Aan De Nederlandse OK krant werken

mee: Alex van Leeuwen, Jetty van Leeuwen, Hennie Mulder, Menno Goosen, Barbara Koudijs, Ruud Tromp, Bestuur LVO, Bestuur BRV, NU'91, Mercy Ships, Zorgadviseurs.

Adverteren in De Nederlandse OK-Krant

De Nederlandse OK-Krant is een uniek product dat tot stand is gekomen door VL Media Advies met medewerking van de beroepsverenigingen voor het operatiekamercomplex (OKc).

Informatie betreffende adverteren in De Nederlandse OK Krant en het vakblad Operationeel kunt u verkrijgen via info@denederlandse-ok-krant.nl en/of 06-11352165 (Alex van Leeuwen)



Hallo, ik ben...

Naam?

Alinda Jansen. Afgekort Linda.

Leeftijd?

Ik ben 44 jaar op het moment van schrijven.
(Dit was een goed bewaard geheim!)

Waar werkzaam?

Ik ben de grondlegger van PONSIST, Global Surgical Society. Ik geloof in de kracht van kennisdelen om individuele wijsheid te verbeteren en daarom is PONSIST 's werelds eerste niet gesponsorde en niet commerciële social media netwerk exclusief toegankelijk voor geverifieerde chirurgen. PONSIST vormt zowel mijn antwoord op het misbruiken van ons online gedrag door digitale reuzen als de brug tussen de kloof tussen landen en overlappende chirurgische specialismen.

Een cardiothorax chirurg uit Saoedi Arabië riep laatst heel blij; 'Je hebt Netflix voor chirurgen gemaakt!'. Nu wil ik zelf zo ver niet gaan, maar het is wél professional media voor casuïstiek en conversaties op niveau door chirurgische specialisten. Gebruikers zijn er mee in staat om in één keer in verbinding te staan met iedere chirurg in hetzelfde vakgebied.

Woonachtig (alleen plaats);

In Dubai, Verenigde Arabische Emiraten

Verliefd verloofd getrouwd?

Ja, zoiets.

Kinderen?

Nee, hoor.

Hobby's?

Op spaarzame momenten zet ik mijn Playstation aan. Ik speel vooral nerdy strategy RPG's als Final Fantasy, maar ook third person shooters als Tomb Raider en Assassins Creed. Ik kan echt niet wachten tot The Last Of Us II uitkomt. Voor die game blok ik mijn agenda. Ook heb ik thuis een kast vol bordspelen en een tafelfootbal staan, poolbiljarten doe ik bij gelegenheid buiten de deur. Misschien was het korter geweest om te zeggen dat allerhande spelletjes doen wel een hobby is?

Opleiding(en)?

Ik ben commercieel (Sales & Marketing) geschoold. Recent heb ik ontdekt dat je tegenwoordig allerlei vaardigheden online kunt leren, er ging een wereld open. Dus ik doe met enige regelmaat een nieuwe cursus of opleiding via het web. Je moet jezelf op allerlei niveaus blijven ontwikkelen en overal induiken dat je leuk lijkt, is mijn devies.

Favoriet vakantieeland?

Op het moment is dat Nederland. Ik ga dan vooral op de fiets naar De Natuurwinkel, kletst met iedereen honderduit in mijn moerstaal, eet me rond aan patatjes oorlog, stroopwafels en stevige bruine boterhammen met kaas. Ik kijk met mijn familie op de bank naar Nederlandse televisie die ik hier niet ontvang. Die dingen neem je echt voor lief als je ze alledaags zijn, nu geniet ik daar enorm van.

Het scheelt dat ik de zon niet meer hoef op te zoeken. In Dubai schijnt ze 360 dagen per jaar en er zijn belachelijk luxe hotels in overvloed waar je eenvoudig een minivakantie kunt vieren. Ik vlieg zo veel 'naar huis' om daarna weer 'naar huis' te gaan.

Favoriete maaltijd?

Alles waarvoor ik zelf niets hoef te doen! Ik houd echt niet van koken, vind het veel teveel input voor te weinig output, maar ik houd wel enorm van lekker eten. Daarom zijn mijn favoriete mensen op aarde ook diegenen die graag koken. Ik eet alles wel met veel smaak op! Dat wil zeggen, alles dat 100% vegetarisch en 98% biologisch is.

Favoriet drankje?

Water! Zeker in de hete zomers in Dubai, drink ik liters op een dag. Mijn dag begint echter met sojamelk cappuccino, dat moet, anders kan ik niet praten. Mijn favoriete wijn is de biologische Grüner Veltliner van Weingut Diwald. Soms is de Frühroter Veltliner van hetzelfde wijnhuis ook verkrijgbaar. Die is nog beter!

Favoriete film?

Ik houd vooral van films en documentaires waar je iets van op kunt steken, ben zeker geen fan van heroïsche Amerikaanse producties. De drie laatste docu's die ik heb gezien en aan te bevelen vindt, waren The Bleeding Edge, Fyre - the greatest party that never happened en The Social Network. Ze geven alle drie een goed inzicht in wat er gebeurd(e) achter de schermen van marketing machines. Trending topic in mijn leven.

Favoriet TV programma?

Ook hierin ligt mijn voorkeur in programma's waar je iets aan hebt. Ik ben mijn leven lang al gek op medische programma's, Ria Bremer is een held. Dokters van Morgen is momenteel favoriet. Antoinette Hertenberg is ook een held, The Implant Files heb ik al twee keer gezien. Qua vermaak staat Outlander in mijn kijklijst.

Hoe zie je je toekomst?

In mijn opinie is mijn toekomst grotendeels een optelsom van de energie die ik er in het verleden heb ingestopt. Eigenlijk zoals het 'Butterfly Effect', maar dan puur op persoonlijk niveau. Het mooie aan de toekomst, vind ik, dat alles nog onbekend is en je pas achteraf de puntjes aan elkaar kan verbinden. Ik probeer alles met een open blik te benaderen en poog vooral om veel positieve energie te stoppen in alles wat ik doe. Dat werkt, voor jezelf en voor anderen. Al geruime tijd werk ik met toewijding aan PONSIST en maak ik geweldig positieve dingen mee. Zo ontmoet ik fantastische chirurgische specialisten uit alle werelddelen die ik anders echt niet was tegengekomen. Er ontstaan nieuwe vriendschappen en ik ontwikkel continu nieuwe vaardigheden en nieuwe inzichten. Hoewel ik een sprankelende toekomst zie voor de Global Surgical Society, is het met name het heden waar ik bergen energie van krijg!

Hoe vind je deze rubriek?

Rubrieken als deze heb ik zelf altijd leuk gevonden. Of ze nu in een bekend tijdschrift staan of in het bedrijfssuffertje. Je leert een persoon net ietsje beter kennen. Ik heb daarom ook zeer graag meegewerkt en hoop hier en daar nog een verrassend inzicht te hebben gegeven.

BEN OK MAAKT LEREN LEUK



Na drie jaar intensieve voorbereiding staat de Bij- En Nascholing van BEN als een huis. De OK's en Leerhuizen van het Catharina Ziekenhuis, Elkerliek Ziekenhuis, Jeroen Bosch Ziekenhuis, Máxima Medisch Centrum, Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis en het St. Anna Ziekenhuis ontwikkelen samen leuke en inspirerende leeractiviteiten in het kader van Bij- En Nascholing (BEN) voor gediplomeerde operatieassistenten en anesthesiemedewerkers.

De OK-omgeving verandert snel. Wat kun je doen om gediplomeerde operatieassistenten en anesthesiemedewerkers up-to-date te houden en kwaliteit te blijven garanderen? De zes ziekenhuizen zijn er van overtuigd dat kennis delen en de krachten bundelen noodzakelijk is om de kennis en vaardigheden van OK-medewerkers in de regio op hoog niveau te houden bij alle snelle veranderingen. Petra van Knippenberg, lid projectgroep BEN OK en praktijkopleider in het St. Anna Ziekenhuis: "Ik ben groot voorstander van samenwerking. We kunnen zoveel van elkaar leren! Met de leeractiviteiten die we samen ontwikkelen tillen we scholing naar een hoger plan. Samenwerken, kennis delen en bij elkaar op de OK kijken maakt scholing een stuk leuker en efficiënter dan vóór BEN OK."



Blijven garanderen van kwaliteit

Anders dan voor verpleegkundigen geldt voor anesthesiemedewerkers en operatie-assistenten geen bij- en nascholingsverplichting in het kader van de

BIG-registratie. Kirsten Godding, projectleider BEN OK: "Met BEN OK leggen we juist voor de kwaliteit van deze beroepsgroep een gemeenschappelijke basis en vormen we een platform voor continu leren." Een andere belangrijke reden waarom de zes ziekenhuizen investeren in deze professionals zijn de toenemende tekorten aan operatieassistenten en anesthesiemedewerkers. "We willen een aantrekkelijke werkgever zijn", zegt Wilma Jackson, manager Leerhuis van het ETZ en penvoerder van het project BEN OK.

Wat is er al gedaan en bereikt?

Naast het succesvolle symposium in november 2018 voor ruim 170 OK-professionals in het Philips Stadion, is er al veel meer gedaan en bereikt binnen dit project. Zo hebben de zes ziekenhuizen gezamenlijk een curriculum voor deze beroepsgroep vastgesteld en is een daarbij aansluitend bij- en nascholingsprogramma ontworpen. Het bij- en nascholingsprogramma bestaat uit 5 specifieke leerlijnen voor chirurgie en anesthesie en een generieke leerlijn voor alle medewerkers van de OK. Elke leerlijn wordt in een half jaar doorlopen en tal van activiteiten worden georganiseerd om kennis en inzicht op te frissen en te verdiepen. Kim Smits, lid van de projectgroep BEN OK en anesthesiemedewerker in het Elkerliek Ziekenhuis: "Doordat we bezig zijn met (continu) leren geven we elkaar ook beter feedback op de OK."

Rond de eerste twee leerlijnen zijn dit jaar 5 evenementen georganiseerd, steeds in een ander ziekenhuis. Aafke Slaats, lid van de projectgroep BEN OK en operatie-assistente in het St. Anna Ziekenhuis: "De actieve scholingsda-

gen die we organiseren zijn superinteressant. Het zet je meteen aan het denken over de gevolgen van nieuwe technieken voor je professionele rol op de OK. Het is precies de uitwisseling die me zo aanspreekt."

Het koffiekamerspel 'In 30 seconden wijzer' is geïntroduceerd waarmee je kennis op een leuke manier kunt testen samen met collega's en er zijn 'BEN-UP-TO-DATE kaarten' voor individuele "oh ja" leermomentjes. BEN OK heeft ook een eigen website www.benok.info, die bezoekers op de hoogte houdt van relevante artikelen en evenementen.

Wat zijn de verdere plannen?

In februari 2019 komen de eerste twee e-learning modules specifiek voor de OK beschikbaar. En maken de OK's van alle zes de ziekenhuizen kennis met 'Ask Me', een digitale assistent die OK-medewerkers op de werkplek ondersteunt met relevante informatie bij kritische taken in het werk. BEN OK wil daarnaast medio 2019 een app lanceren met elke week een OK-vraag en een platform voor casuïstiek bespreking creëren, om daarmee het continue leren te faciliteren.

Meer informatie over project BEN OK?

Neem contact op met projectleider Kirsten Godding via info@2LearnSmart.nl of met de OK van de betreffende ziekenhuizen.



SPOEDZORG

25 SEPTEMBER 2019 IN UTRECHT

Tijdens deze studiedag praten kundige sprekers u bij over verschillende manieren van organiseren én samenwerken binnen de spoedzorgketen, de nadruk ligt deze dag op de herinrichting van de acute zorg. In de middag kijken we gezamenlijk naar actuele ontwikkelingen en nieuwe initiatieven om de 'crowding' op de spoedeisende hulp te verlagen.

U ontmoet: professionals, management, onderzoekers en beleidsmedewerkers bij huisartsenposten, ziekenhuizen, ambulancevoorzieningen, zorgverzekeraars en overige organisaties betrokken bij de spoedzorg.

Datum en locatie
25 september Aristo Utrecht

Kosten*
De kosten voor de studiedag bedragen € 370,00 p.p. (excl BTW)

Kortingen*
Collegakorting €50,- en groepskorting 5=4!

Accreditatie
NVSHA: 5 punten
ABC1: 5 punten
Kwaliteitsregister V&V: 5 punten
Staat uw vereniging er niet bij? Neem dan tijdig contact met ons op zodat we uw verzoek in overweging kunnen nemen.

NB. Artsen mogen 25% van hun 5-jaarlijkse punten van geaccrediteerde nascholing buiten hun vakgebied halen.

Wij voorzien iedere deelnemer van een bewijs van deelname.

Link: <https://leidscongresbureau.nl/event/spoedzorg-2/>



**45 minuten geen hartslag
2 gepassioneerde artsen
1 leven gered**

Bij Getinge vinden we dat het redden van levens, de beste baan ter wereld is. Op de meest kwetsbare momenten van mensen, staan wij bij elke stap aan uw zijde. **Together as one.**

Als uw full-servicepartner ondersteunen wij u bij het gehele klinische traject, met apparatuur voor OK's, IC's, CSA's en nog veel meer.



Meer weten?
Kijk op www.getinge.com of
scan de QR-code

GETINGE
PASSION FOR LIFE

**Het juiste instrument voor
de toekomst!**



LANDELIJKE VERENIGING VAN OPERATIEASSISTENTEN



EORNA
EUROPEAN OPERATING ROOM
NURSES ASSOCIATION



“ON THE MOVE”

9th EORNA Congress
The Hague, The Netherlands
16 - 19 May 2019

www.eorna-congress.eu

NVEC

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR ENDOSCOPISCHE CHIRURGIE

SAVE THE DATE

INNOVATE TO PERFORM
NVEC Congres 2019

Onderwerpen:

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

Special guest:

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

18 april 2019
Beurs van Berlage, Amsterdam

Masterclasses voor AIOS en Jonge Klaren op 17 april 2019:

Masterclass 1. Robotic Surgery: hier leert u de beginselen van de robotchirurgie
Masterclass 2. PreHab & ReHab: ins en outs voor een succesvolle introductie van een pre- en posthabilitatie programma

Masterclass 3. Career Development: Hoe richt je een carrière pad in voor een geslaagd leven als hightech chirurg



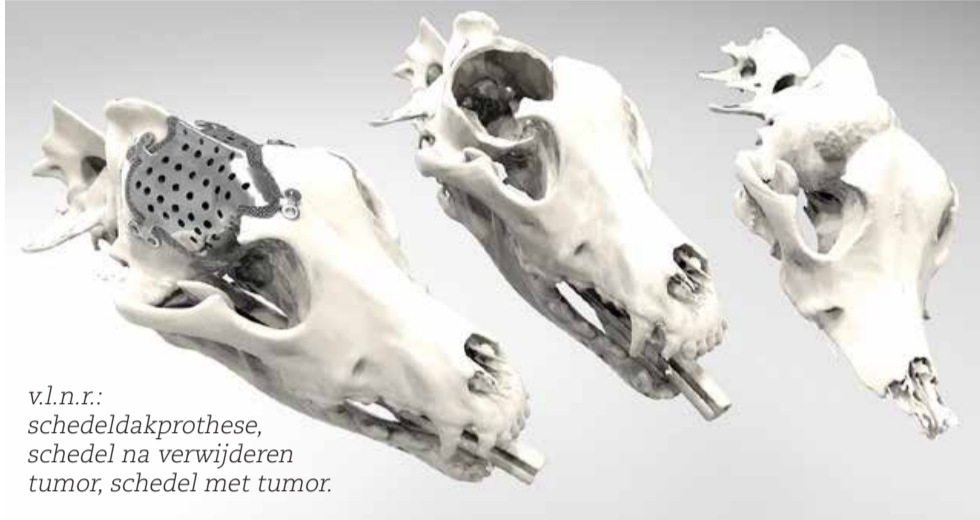
HET JUISTE INSTRUMENT VOOR JE TOEKOMST!

LVO
Landelijke Vereniging van Operatieassistenten

Programma en meer informatie: www.nvec.nl

HOND KRIJGT NIEUW 3D GEPRINT SCHEDELDAK

Foto's: Universiteitskliniek voor Gezelschapsdieren van de Universiteit Utrecht



v.l.n.r.:
schedeldakprothese,
schedel na verwijderen
tumor, schedel met tumor.

Bij de Universiteitskliniek voor Gezelschapsdieren van de Universiteit Utrecht heeft eind vorig jaar een hond na verwijdering van een tumor een nieuw 3D geprint schedeldak gekregen. Het is voor het eerst dat een dergelijke operatie in Europa is uitgevoerd. De operatie was mogelijk dankzij een unieke samenwerking tussen de faculteit Diergeneeskunde en Geneeskunde. Van de ervaringen die op dit vlak met dieren worden opgedaan, profiteren dankzij de unieke samenwerking tussen de diergeneeskunde en humane geneeskunde zowel de hond als hun baasjes.

De Siberische Husky werd geopereerd aan een goedaardige tumor van de schedelwand, een osteoom. De tumor die naar binnen en buiten groeide was zo groot dat de hersenen werden weggedrukt en waardoor een nieuw schedeldak nodig was.



Maquet Meera De mobiele OK-tafel

De Maquet Meera is een zeer gebruiksvriendelijke, mobiele OK-tafel en geschikt voor alle disciplines. Uitstekende patiëntpositionering op een zeer stabiele basis met hoogwaardige afwerking.

Deze chirurgische tafel maakt optimale patiëntenzorg mogelijk en heeft een uitstekende prijs-prestatieverhouding.



Meer weten?
Scan de QR-code en
download de brochure.

www.getinge.com

GETINGE *

Unieke samenwerking Diergeneeskunde en Geneeskunde

Door een unieke samenwerking tussen de faculteit Diergeneeskunde en het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU) werd met behulp van een CT scan van de hond een nieuw schedeldak geprint van titanium. Dierenarts prof. Björn Meij is tevreden over het verloop van de operatie en het herstel daarna: "Een belangrijk voordeel van het 3D printen van een schedeldak is dat het perfect op maat gemaakt kan worden voor het individu, en er kan een rand geprint worden van poreus titanium. Deze rand zorgt ervoor dat het bot kan ingroeien in het implantaat en kan integreren in de schedel." Het is de eerste keer dat in Nederland een dergelijke operatie is uitgevoerd. De hond is inmiddels thuis en maakt het goed.

Onderzoek

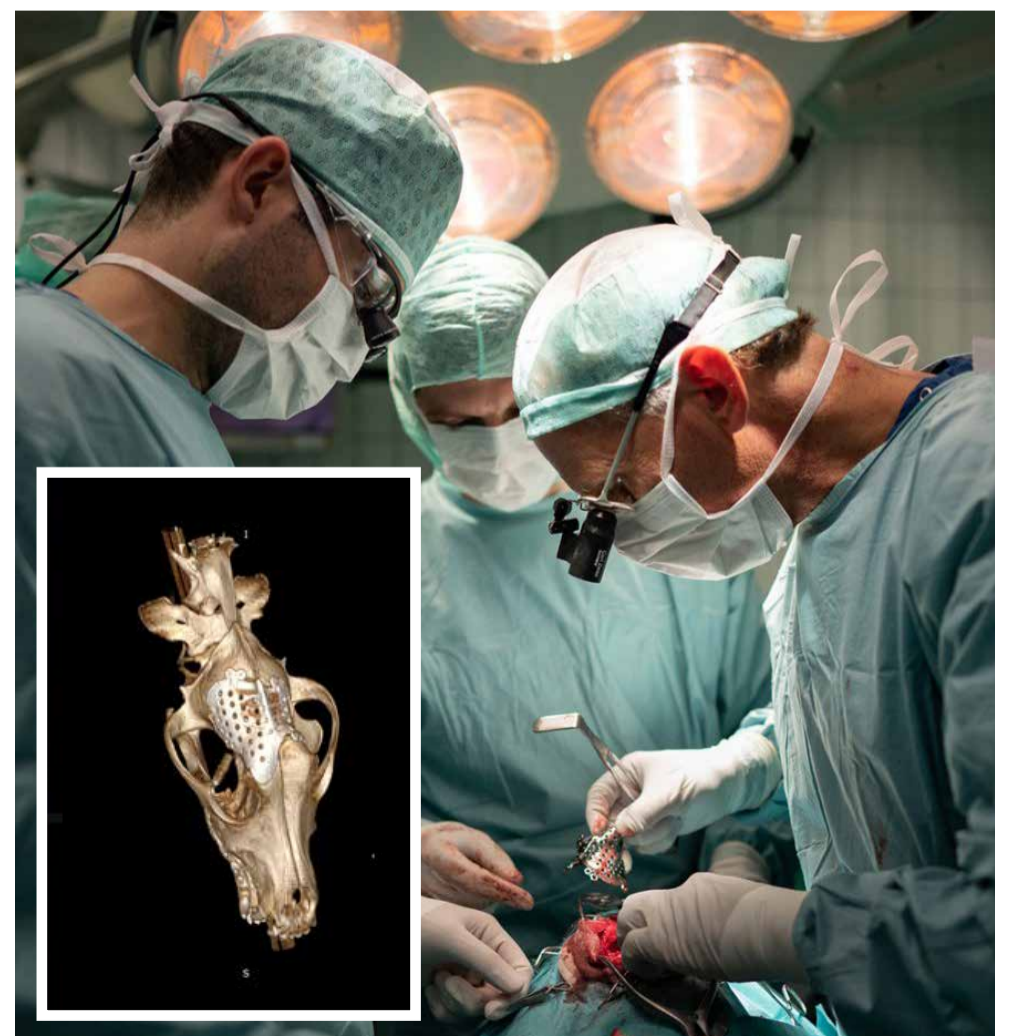
De operatie en toepassing van dit materiaal valt in een groter onderzoek waarin de faculteit Diergeneeskunde en Geneeskunde in Utrecht samenwerken. Dit is een onderzoek naar de ontwikkeling van een 3D geprint implantaat voor toepassing bij heupdysplasie bij mens en hond. Er is ook al gewerkt met 3D geprinte onderdelen voor de onderarm bij de hond, en de techniek kan ingezet worden voor vervanging van skeletonderdelen na verwijdering van tumor van bot zoals van een poot, kaak of dus schedel.

Regeneratieve geneeskunde en One Health



De patiënt na de operatie.

De faculteit Diergeneeskunde en het UMC Utrecht werken in Utrecht al jaren samen op gebied van regeneratieve geneeskunde, vooral op gebied van de wervelkolom (rugpijn door tussenwervelschijf degeneratie) en gewrichten (slijtage) of artrose. De dieren die hierin centraal staan zijn hond en paard, bij de faculteit Diergeneeskunde worden veel van deze dieren met deze klachten gezien. Björn Meij: "Maar de samenwerking met de humane Geneeskunde gaat steeds verder, mede gestimuleerd door het samenbrengen van onderzoekers van Diergeneeskunde, het UMC Utrecht én het Hubrecht laboratorium in 1 lab (het Regenerative Medical Centre Utrecht). Er wordt steeds meer gepubliceerd over hond en paard en de vertaling van bevindingen voor de vergelijkbare ziekten bij de mens: daarom spreken we nu ook over One health - One Medicine."



Dierenarts prof. Björn Meij plaatst het nieuwe schedeldak van titanium.

DE DAG VAN DE OPERATIEASSISTENT

De Dag van de operatieassistenten werd gehouden op 15 februari, op een zeer zonnige dag bij Hotel Van der Valk in Dui-ven. Het thema van de dag was: 'Samen naar de toekomst.'

Tekst en foto's: Hennie Mulder

Gezond praten

Thomas Kerris (onder andere operatieassistent, verpleegkundige, Hypnotherapy Practitioner en deskundige op het gebied van IEMT (Integral Eye Movement Therapy), gaf de aftrap van het symposium. Thomas gaf een presentatie over gezond praten: goede communicatie met patiënt (en collega) in de zorg. Dit was een echte 'eye opener'. Hij vertelde over hoe je mensen kunt benaderen en welke woorden in het brein opgeslagen worden. Een klein voorbeeld: Een oogarts zegt tegen de patiënt: 'U moet stil blijven liggen tijdens de operatie. Bewegen is gevaarlijk!' De patiënt denkt dan: 'Oh, ik mag absoluut niet bewegen en dat kan ik helemaal niet!' Beter zou zijn om te zeggen: 'Denkt u dat u tien minuten stil kunt blijven liggen?' De patiënt denkt dan: 'Oh, tien minuten stil liggen, dat lukt mij wel.' Een ander voorbeeld van negatief taalgebruik is: De pijnpoli. Beter zou zijn om pijnreductiepoli te gebruiken, of desnoods de anesthesiepoli.

Signersessie Oorlog in de operatiekamer

Tijdens de lunch was er een signersessie van het boek van Maaïke Hoogewoning: *Oorlog in de operatiekamer*. Dit boek vertelt het verhaal van eerste luitenant Maaïke Hoogewoning die twee keer als operatieassistent in een militair ziekenhuis in



de Afghaanse stad Kandahar werkzaam was. Ze vertelt over wat er gebeurt in dat ziekenhuis tijdens haar uitzending. Over haar inspanningen om samen met haar collega's zieke en gewonde collega's, maar ook Afghaanse burgers, te helpen met de beste geneeskundige hulp die zij kunnen leveren.

CZO Flex Level

Na de heerlijke lunch, vertelde Jeanine Stuart, bestuurslid onderwijs, over het project CZO Flex Level. Dit is een project vanuit het College Zorg Opleidingen (CZO), samen met De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



(NVZ). Doel van dit project is om een bijdrage om de arbeidsmarktproblematiek te lijf te gaan. Een van de punten in dit project is het geven van vrijstellingen tijdens opleidingen. De huidige circa dertig VVO- en MOO-opleidingen zijn weliswaar kwalitatief hoogwaardig, maar het stelsel als geheel past niet meer bij de eisen van deze tijd. Er is sprake van overlap en soms moeten zorgprofessionals onderdelen (of stages) volgen die voor hun specifieke functie niet relevant zijn. Of zij ervaren dat de opleidingen onvoldoende rekening houden met hun kennis, kunde en ervaring. Uitgebreide informatie over dit project vind je op: www.czo.nl/nieuws/czo-flex-level-moderniseert-opleidingsaanbod-verpleegkundigen-en-medisch-ondersteuners

Richtlijn positioneren

Het volgende onderwerp dat aan bod kwam was de status van de 'Richtlijn Positioneren', door Nicole Dreessen, bestuurslid Beroepsbelang. Paul Meijssen die hierbij van grote waarde is geweest, werd daarna in het zonnetje gezet in verband met zijn pensionering. Paul werd bedankt voor zijn hele oeuvre en alles wat hij voor de LVO, en voor het beroep van operatieassistent gedaan heeft. Dit kwam voor hem geheel onverwacht, hij zat niets vermoedend in de zaal.

Omdenken

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





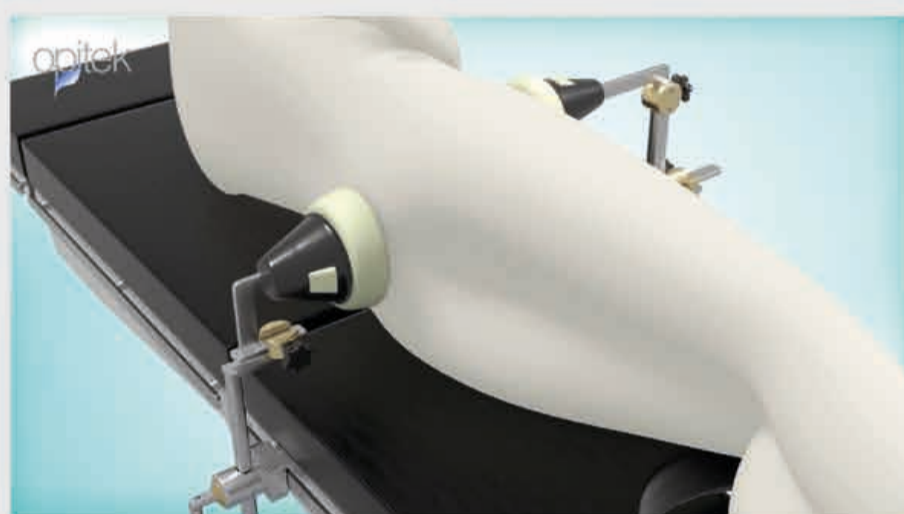
CAREFORHEALTH
www.careforhealth.eu

T +32 92 339 537 F +32 92 339 037
E info@careforhealth.eu

opitek HipFix™

- Accuraat & reproduceerbaar
- Stabiele driepunt fixatie op crista iliaca en sacrum
- Plaats en manoeuvreerruimte in het chirurgisch veld
- Abdomen blijft vrij van druk

www.opitek-international.dk



Model in 40° Trendelenburg, hier getoond met PatientGuard™ Robot Stirrups, ArmGuard™-rail gemonteerde arm bescherming en TrenGuard™ HYBRID 450 (Wen van de schouderkussens is doorzichtig gemaakt voor betere visualisatie)

TrenGuard™

Trendelenburg Patient Restraint

- **Geen schouder steunen.**
Schouderkussens hebben geen vaste structuur en zijn niet gewicht dragend.
- **Patiënt glijdt niet.**
De 'speed bump' heeft klinisch bewezen de patiënt op zijn plaats te houden.
- **Veelzijdig.**
Het systeem kan patiënten van alle maten aan, van pediatrie tot hoog BMI (250Kg).
- **Ontworpen voor kwaliteitsverbetering.**
TrenGuard werd ontwikkeld om de patiëntveiligheid en de efficiëntie in het OK te verhogen.

Bezoek www.da-surgical.com voor de research poster:

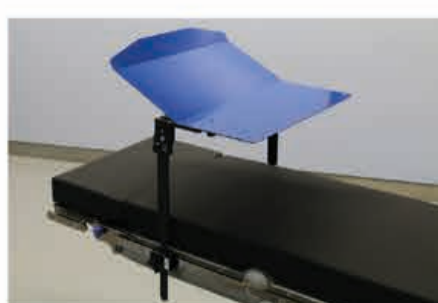
'Preventing patient sliding in steep Trendelenburg'



TrenGuard™
Trendelenburg Restraint



ArmGuard™
Arm Protector



FaceGuard™
Face Protector/Tray



PatientGuard™
Robotic Stirrups™

erbe
power your performance.



VIO[®] 3
plug and operate

Elektrochirurgie met maximaal comfort

Wij geloven, dat een chirurgisch team niet afgeleid moet worden door technische details. Keuzes dienen gemaakt te worden op basis van gewenst chirurgisch resultaat. Met dynamische pictogrammen die een indicatie geven, bieden wij de keuze voor een chirurgisch effect.

Overige voordelen:

- 1) overzicht van alle instrumenten en modi. All-in one View
- 2) instrumenten worden weergegeven door pictogrammen, overzichtelijk!
- 3) uniek universeel stekker concept, verkeerd aansluiten wordt voorkomen
- 4) advies bij aansluiten van instrumenten via StepGuide
- 5) geïntegreerde gebruikshandleiding, altijd overeenkomstig de software versie
- 6) chirurgisch gezien: onze beste dissector - coagulator ooit, ervaar het zelf!