



Foto's: Monne Zijl



## In dit nummer onder andere:

### Mannen aan de tafel

Er werken steeds vaker mannelijke operatieassistenten op de OK

07

**Dokter Media** nuanceert opzienbarende medische nieuwtjes

12

### Achter de K-draad

Het is voor de traumachirurgische operatiekamer net zoets basaals als mes en vork.. de K-draad.

17

Zorg voor je mentale gezondheid

19



# Protect frontline healthcare workers and their patients from preventable injury and error!

Hospital · Ambulance · Pharmaceutical · Laboratory · University

Use **SnapIT** and **CheckCLIP** together to protect against...



**Injury**



**Contamination**



**Error**



**Ampoule opener**



**Medication Identification**



**Safety**

Nadere informatie en bestellingen bij uw reguliere groothandel of Medzorg Ned BV, T.0252-536200 , [www.Qlicksmart.nl](http://www.Qlicksmart.nl) , E. [orders@medzorg.nl](mailto:orders@medzorg.nl)



The latest innovation in scalpel blade removal prevents injuries in:

**Sterilization Department, Mortuary, Dental Surgery, Ophthalmology, Dermatology, and Plastic Surgery**

## BladeFLASK



**Bracket**

*"Very convenient and safe to remove scalpel blades..."*

-Lab Technician

*"The nursing and medical staff feel safer with the Qlicksmart BladeFLASK"*

-Dr. Daryl Wall

*"Thanks to whoever invented the Qlicksmart BladeFLASK. Sheer genius."*

-Mark Kosinski

*"We feel much safer using them. Thank you so much"*

-Angela Connolly, MLT

- ✓ Single-handed blade removal ✓
- ✓ Removes and contains 100 blades ✓
- ✓ Certified sharps container ✓
- ✓ **Compatibilities:**
  - BP handles
  - Bulbous handles
  - Hexagonal handles
  - Circular handles
  - Barron handles
- ✓ #6 - 27 blades ✓
- ✓ All BP blades up to PM70 ✓

## BladeFlask EVO



**Bracket**  
Enables single-handed blade removal

The new BladeFlask EVO is compatible with larger scalpel blades and irregular handles such as bulbous, hexagonal, and circular handles!

For sterile scalpel blade removal...



**BladeCASSETTE**



**BladeSINGLE**



**BladeNeedleSYSTEM**

Nadere informatie en bestellingen bij uw reguliere groothandel of Medzorg Ned BV 0252-536200 | [www.qlicksmart.nl](http://www.qlicksmart.nl) | [orders@medzorg.nl](mailto:orders@medzorg.nl)



# Herstelplan NU'91 voor verzorgenden en verpleegkundigen

Het herstelplan van NU'91 voor zorgprofessionals is gepubliceerd. Dit in reactie op de vele plannen die recent verschenen over hoe de inhaalzorg moet worden opgestart. Stella Salden, voorzitter NU'91: "In die plannen lijkt men echter het belangrijkste aspect te zijn vergeten. Namelijk wie daarvoor nodig zijn: de zorgprofessionals. Het belangrijkste is dat zij nu eerst de rust en ruimte krijgen om zelf te herstellen. Pas dan kan worden begonnen met het inhalen van uitgestelde zorg."

## AANBEVELINGEN

Het plan bestaat uit zeven punten. Daarin worden door NU'91 aanbevelingen gedaan in het belang van zorgprofessionals. De belangrijkste punten voor nu zijn het mentale en fysieke herstel. Maar ook zeggenschap, erkenning en waardering worden benoemd. Salden: "Deze beroepsgroep is ontzettend veerkrachtig. Zij hebben anderhalf jaar lang laten zien dat hun werk van onschatbare waarde is. Zij willen niet langer alleen worden weggezet als 'helden', maar juist als de professionals die het zijn. Daarvoor zijn bepaalde voorwaarden noodzakelijk. De hele maatschappij ziet het belang van verpleegkundigen en verzorgenden. Het is nu aan het kabinet om daadkracht te tonen en te investeren in deze groep. Dat is geen luxe, maar noodzakelijk en van maatschappelijk belang."

## ZEGGENSCHAP

NU'91 heeft het plan met input van haar achterban gemaakt. De beroepsorganisatie vindt namelijk dat professionals zelf wat te zeggen hebben over onder andere de eigen werkomgeving, het eigen vak en de eigen ontwikkeling. Daar gaat geen andere beroepsgroep of wetgever over. Deze zeggenschap is ook meegenomen in het plan. Verpleegkundigen en verzorgenden hebben er dan ook het recht op dat de aanbevelingen serieus worden opgepakt.

## PLAN NAAR WERKGEVERS EN POLITIEK

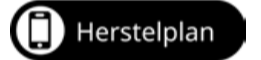
Het herstelplan wordt door NU'91 bij werkgevers en politiek neergelegd. Daarnaast blijft de



beroepsorganisatie zich hard maken voor de punten in het plan. Stella Salden: "We hebben er vertrouwen in dat werkgevers en de politiek nu inzien dat het echt anders moet. Werkgevers en politiek moeten nu echt gaan luisteren naar de zorgprofessionals. Zij weten als geen ander wat nodig is om hun vak op een goede en verantwoorde manier uit te voeren. Zij hebben ons land door de coronacrisis geloodst. Geef hen dan nu eindelijk eens de zeggenschap, erkenning en waardering die zij verdienen, zoals wij

in ons herstelplan hebben beschreven." Wat NU'91 betreft zijn dit dan ook geen vrijblijvende aanbevelingen.

Het gehele herstelplan is te downloaden op [NU91.nl](https://nu91.nl) of te bekijken via de QR code.



# Tweede overleg Cao Ziekenhuizen over duurzame inzetbaarheid

Het tweede overleg voor de Cao Ziekenhuizen heeft dinsdag 13 juli plaatsgevonden en daarin stond duurzame inzetbaarheid centraal. Tijdens dit overleg zijn de conclusies toegelicht van het onderzoek naar ongewenste flexibele inzet van medewerkers. In de vorige cao was namelijk afgesproken hiernaar onderzoek te doen.

## FLEXIBILITEIT TERUGDRINGEN

De mate van ongewenste flexibiliteit voor vaste werknemers die in roosters en op onregelmatige tijden werken is een urgent probleem en zorgt mede voor vroegtijdig vertrek van zorgprofessionals uit de zorgbranche. NU'91 vindt dat deze flexibiliteit moet worden teruggedrongen en dat er afspraken moeten komen over verbeterde capaciteitsplanning, roostering en ruimere herstel mogelijkheden. Zodat het ook aantrekkelijker blijft om in de zorg te blijven werken.

## DUURZAME INZETBAARHEID EN EERDER STOPPEN MET WERKEN

Daarnaast is er gesproken over het maken van een sectoranalyse voor de ziekenhuizen, waarin feiten worden verzameld om te komen tot een regeling voor duurzame inzetbaarheid en eerder uittreden. NU'91

# NU'91

## voor zorgprofessionals

heeft voorstellen gedaan om voor verpleegkundigen en verzorgenden en aanverwante beroepen te komen tot een generatieregeling waarmee zorgprofessionals hun carrière gedeeltelijk kunnen afbouwen of

helemaal kunnen stoppen met werken. Na de zomer gaan de gesprekken over een nieuwe Cao Ziekenhuizen verder.

# THE **PARTIAL KNEE** COMPANY™



### **Oxford® Partial Knee System**

the most widely used<sup>1</sup> and clinically proven<sup>2,3</sup> partial knee in the world

### **Persona® Partial**

**Knee** the next era in personalization in fixed bearing partial knee design

### **Gender Solutions®**

#### **Patello-Femoral Joint System**

designed to address the anatomic differences among men and women

Zimmer Biomet is the leading company in PKA<sup>1</sup> with over 40 years' experience, offering a comprehensive range of anatomic and innovative solutions.

1. Data on file at Zimmer Biomet. Based on Market Analysis and Registry Data, gathered September 2017.

2. Price AJ, Svard U. Clin Orthop Relat Res. 2011 Jan;469(1):174-9.

3. Pandit *et al.* Bone Joint J 2015;97-B:1493-1500.

All content herein is protected by copyright, trademarks and other intellectual property rights, as applicable, owned by or licensed to Zimmer Biomet or its affiliates unless otherwise indicated, and must not be redistributed, duplicated or disclosed, in whole or in part, without the express written consent of Zimmer Biomet. This material is intended for health care professionals. Distribution to any other recipient is prohibited. For product information, including indications, contraindications, warnings, precautions, potential adverse effects and patient counseling information, see the package insert and [www.zimmerbiomet.com](http://www.zimmerbiomet.com). Check for country product clearances and reference product specific instructions for use. ©2021 Zimmer Biomet



**ZIMMER BIOMET**

Your progress. Our promise.®

## 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 van deze bijzondere 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](http://lvo.nl/lid/register)  
Deze actie is geldig tot 01-10-2021



## Webinar BEN OK over temperatuur operatiepatiënt

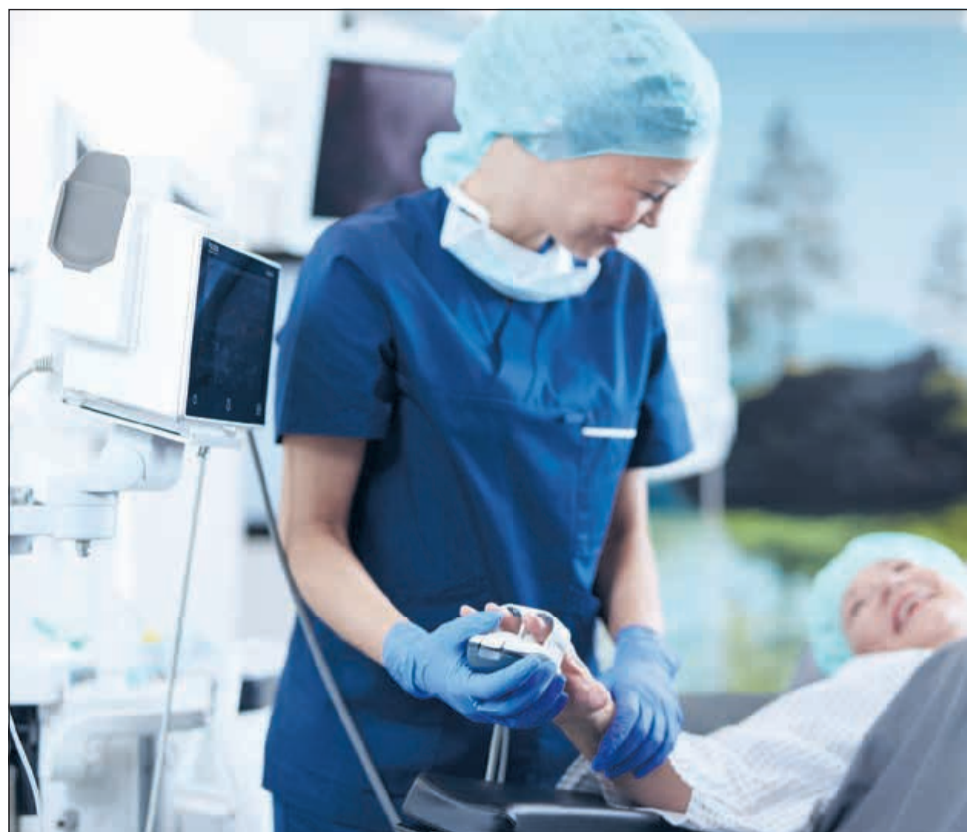
BEN OK houdt op 5 oktober een webinar over de temperatuur van de operatiepatiënt. Deze online les is bedoeld voor anesthesiemedewerkers, operatieassistenten en recoveryverpleegkundigen. Tijdens het webinar delen experts kennis en wisselen ze ervaringen uit over de volgende onderwerpen:

- Wat doet hypothermie met het lichaam van de operatie patiënt?
- Waarom is temperatuur en comfort zo belangrijk voor de patiënt op OK?
- Wat is de invloed van comfort en angstreductie voor de operatie patiënt?

Anesthesioloog Geert Jan van Geffen van de Radboud UMC heeft de leiding tijdens de online bijeenkomst.

Er is accreditatie aangevraagd bij de LVO en NVAM. De webinar duurt van 19.30 uur tot 21.00 uur.

Aanmelden: [benok.info/sessions/webinar-5-oktober](http://benok.info/sessions/webinar-5-oktober) of stuur een mail naar [Kim Smits kmanders@elkerliek.nl](mailto:Kim.Smits.kmanders@elkerliek.nl).



## Aan hypotensie gerelateerde complicaties verminderen?

Maak kennis met **NICCI**. Onze non-invasieve oplossing voor continue, hemodynamische monitoring op de OK.

Scan de QR-code en ontdek meer over de voordelen van deze winnaar van de Red Dot Award 2020.



Never miss a beat.

# Gezocht: auteurs voor het themanummer darmkanker van Operationeel (LVO)

Voor het themanummer over darmkanker (dat dit najaar verschijnt) zijn wij op zoek naar auteurs (chirurgen, operatieassistenten, anesthesiologen, oncologen, radiologen, verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, etc.) die hier over willen schrijven.

Helaas is er geen budget voor een vergoeding. Wel mogen het ook artikelen zijn die al eerder elders gepubliceerd zijn. Verder zijn we op zoek naar ervaringsverhalen van patiënten.

Reacties mogen naar: [redactie@lvo.nl](mailto:redactie@lvo.nl).

Adjunct-hoofdredacteur Ingrid Lutke Schipholt zal alle reacties behandelen.





# Medical Remanufacturing Green Deal: duurzame zorg voor een gezonde toekomst

De maatschappij vraagt ons besparingen van natuurlijke hulpbronnen en tegelijkertijd om ook klimaat-vriendelijke economische activiteiten te ontwikkelen. Nederlands ziekenhuis personeel werkt samen aan diverse initiatieven om deze doelen te bereiken. In de medische technologie worden duurzaamheid, economische efficiëntie en veiligheid echter beschouwd als eisen die tegen elkaar moeten worden afgewogen.

## Duurzaamheid loont.

**VANGUARD AG** lost de conflicterende doelen tussen duurzaamheid, economische efficiëntie en veiligheid op door middel van Medical Remanufacturing: Met **VANGUARD** als partner, gaan de duurzaamheidsambities van medische faciliteiten niet gepaard met extra kosten. Integendeel, **VANGUARD** biedt - met dezelfde kwaliteit - een financiële verlichting tot 50 procent. Hierdoor ontstaat nieuwe financiële speelruimte, zodat ziekenhuizen en klinieken op een efficiënte en toekomstgerichte manier over hun budget kunnen beschikken.

## Daar kun je zeker van zijn!

**VANGUARD** garandeert de gelijkwaardigheid tussen gereviseerde en nieuwe producten en voldoet aan alle EU-regelgevingseisen. **VANGUARD** zet hiermee standaarden in Medical Remanufacturing en geeft met haar expertise vorm aan de markt om blijvend uitgekende en duurzame productoplossingen aan te bieden. **VANGUARD** biedt een uitgebreide portefeuille van medische producten op het gebied van cardiologie en chirurgie en werkt voortdurend aan de uitbreiding van zijn artikelenportefeuille.

## Hoogste prestaties die gemakkelijk zijn voor het klimaat en het budget.

Met de gerestaureerde CE gecertificeerde ultrasonische scharen van de HARMONIC serie, heeft **VANGUARD** het startschot gegeven voor verdere duurzame en innovatieve productoplossingen op het gebied van chirurgie, waarmee tot 50% kosten kunnen worden bespaard. Meer dan 20 individuele componententests verzekeren de veiligheid en functionaliteit van **VANGUARD** ultrasonische scharen.

## Wat is Medical Remanufacturing?

Medical Remanufacturing is een circulaire economie voor innovatieve medische hulpmiddelen. Bij Medical Remanufacturing wordt een gebruikt medisch hulpmiddel hersteld voor hergebruik met behoud van dezelfde veiligheid en functionaliteit.

De herfabricage van complexe medische hulpmiddelen stelt hoge eisen aan de processtromen.

- Een min of meer volledige demontage van het medische hulpmiddel is noodzakelijk.
- Alle onderdelen en samenstellingen worden getest.
- Ook de vervanging van afzonderlijke onderdelen kan tot een technische upgrade leiden.
- Het product wordt vervolgens stuk voor stuk weer in elkaar gezet, getest op functionaliteit, gereinigd en gesteriliseerd voordat het veilig kan worden gebruikt.

Het ombouwen van medische producten voor eenmalig gebruik is nu gereguleerd als een productieproces.



**VANGUARD** Ultrasonic Shears

## Startsein voor meer duurzaamheid.



**VANGUARD** Ultrasonic Shear ETS7, ETM7, ETS+ETM+



v.l.n.r. achteraan: Jelle Jetten, Joep Snijders, Joost Dröge, Tjomme Schrijver  
v.l.n.r. vooraan: Jorick Timmerhuis, Wilco Bakker

# Mannen aan de tafel

Er werken steeds vaker mannelijke operatieassistenten op de OK. Het UMC Utrecht (UMCU) had het afgelopen jaar zes mannen tegelijk in opleiding. 'Ik denk dat het beroep aantrekkelijk wordt voor mannen omdat het steeds technischer wordt', zegt Monique Orlemans, opleider/adviseur van het OK-centrum van het UMCU. In het UMCU is nu 10 procent van de gediplomeerden man.

Tekst: Ingrid Lutke Schipholt | Foto's: Ivonne Zijp



**Jelle Jetten is 26 jaar en studeert in juni dit jaar af.**

#### WAT IS JE VOOROPLEIDING?

'Ik heb eerst de havo gedaan. Daarna heb ik een aantal jaren bij de Luchtmobiele Brigade gewerkt.'

#### HOE KWAM JE TOT DE KEUZE VOOR OPERATIEASSISTENT?

'Ik had altijd al interesse in de medische wereld. Door een ontmoeting met een operatieassistent in opleiding, kwam ik hiermee in aanraking.'

#### WAT VIND JE MOOI AAN JE WERK?

'De samenwerking wanneer we samen met grote ingrepen bezig zijn.'

#### WELK SPECIALISME AMBIEER JE EN HOE ZIE JIJ JE LOOPBAAN VOOR JE?

'Momenteel vind ik het nog lastig kiezen. Buiten de verschillende teams in het UMC Utrecht lijkt het mij ook leuk om ooit nog voor Defensie te gaan werken en op uitzending te gaan.'

#### WAT MERK JE ERVAN DAT DE MEESTE VAN JE DIRECTE COLLEGA'S VROUWEN ZIJN?

'Ik kom uit een echte mannenwereld en in het begin was dat best wel een omslag. Ondertussen ben ik er wel aan gewend, al is het wel heel fijn als ik eens met een mannelijke collega sta, zodat ik het ook eens een over ander soort onderwerpen kan hebben.'

[Lees verder](#)

**Joost Dröge is 30 jaar en studeerde in juli 2020 af als operatieassistent.**

#### **WAT IS JE VOOROPLEIDING?**

'Ik heb natuur en gezondheid op de havo afgerond op het Maartenscollege in Haren, Groningen. Ik woon in Utrecht omdat ik fysiotherapie ging studeren aan de Hogeschool Utrecht. Deze studie heb ik echter niet afgemaakt. Fysiotherapie was het niet voor mij. Vervolgens ben ik gaan werken. Ik heb bij verschillende zorgverzekeringen gewerkt en ik kwam uiteindelijk terecht bij de afdeling Pathologie in het UMC Utrecht. Hier kwam ik erachter dat er een inservice-opleiding was voor operatieassistent.'

#### **HOE KWAM JE TOT DE KEUZE VOOR OPERATIEASSISTENT?**

'Ik heb altijd affiniteit gehad met de zorg. Bij de afdeling Pathologie in het UMC deed ik vooral de ontvangst van de weefsels van de OK. Zo werd ik nieuwsgierig naar de oorsprong ervan en naar de OK's. Toen ik hoorde dat er een inservice-opleiding was, ben ik gaan solliciteren.'

#### **WELK SPECIALISME AMBIEER JE EN HOE ZIE JIJ JE LOOPBAAN?**

'Ik werk nu bij orthopedie, gynaecologie, urologie, plastische chirurgie, algemene chirurgie en trauma. Sinds een paar maanden ben ik specialismedeskundige van de gynaecologie. De orthopedie en de traumatologie zijn mijn favoriet, maar ik ben best wel breed georiënteerd. Dus ik vond het erg leuk dat de gynaecologie vroeg of ik specialismedeskundige wilde worden. De komende jaren wil ik nog veel ervaring opdoen. Ik zie wel wat er op mijn pad komt. Dit kan in het UMC Utrecht zijn of in andere ziekenhuizen of klinieken.'

#### **WAT MERK JE ERVAN DAT DE MEESTE VAN JE DIRECTE COLLEGA'S VROUWEN ZIJN?**

'Ha ha, wat een moeilijke vraag! Nu moet ik heel voorzichtig zijn, aangezien al mijn collega's dit krijgen te lezen. Het is vaak heel gezellig! Ik probeer meestal overal de lol wel van in te zien en houd wel een beetje van ouwehoeren. De meeste dames zijn hier ook wel voor in. Af en toe mis ik het rechtstreekse van mannen wel, dat er nergens omheen gedraaid wordt. Daarom waardeer ik de dagen dat ik met een volledig mannenteam werk altijd extra.'



**Tjomme Schrijver is 29 jaar en zit in het tweede jaar van zijn opleiding tot operatieassistent.**

#### **WAT IS JE VOOROPLEIDING?**

'Havo en een koksopleiding.'

#### **HOE KWAM JE TOT DE KEUZE VOOR OPERATIEASSISTENT?**

'Ik wilde geen kok meer zijn en ik wilde met mijn handen blijven werken. Toen kwam mijn zus, die in opleiding tot chirurg is, met de suggestie om operatieassistent te worden. Ik heb een dag gekeken op de OK en toen heb ik gesolliciteerd.'

#### **WELK SPECIALISME AMBIEER JE EN HOE ZIE JIJ JE LOOPBAAN?**

'Ik vind trauma en algemene chirurgie heel leuk.'

#### **WAT MERK JE ERVAN DAT DE MEESTE VAN JE DIRECTE COLLEGA'S VROUWEN ZIJN?**

'Er wordt veel over emoties gepraat, maar verder kan ik prima met mijn collega's overweg.'

**Joep Snijders (24) is tweedejaars.**

#### **WAT IS JE VOOROPLEIDING?**

'Havo, gevolgd door de hbo-studie gezondheidszorgtechnologie in Tilburg, aan de Avans Hogeschool.'

#### **HOE KWAM JE TOT DE KEUZE VOOR OPERATIEASSISTENT?**

'Tijdens het afstuderen kwam ik met iemand van een medische georiënteerd bedrijf in contact. Hij is ex-operatieassistent en komt nog maandelijks op de OK. Ik raakte met de eigenaar van het bedrijf aan de praat en kon een dag meelopen op een OK. Zo kwam ik voor het eerst in aanraking met de OK-wereld. Deze ervaring heeft mij dusdanig beïnvloedt dat ik me ben gaan verdiepen in het vak van operatieassistent. Uiteindelijk, na mijn afstuderen, heb ik besloten om ervoor te gaan en te gaan solliciteren. Omdat ik dus al in het bezit van een hbo-bachelor ben, heb ik voor de inservice-variant gekozen.'

#### **WELK SPECIALISME AMBIEER JE EN HOE ZIE JIJ JE LOOPBAAN?**

'Ik vind het moeilijk om op dit moment een specifiek specialisme aan te geven. Een voorkeur heb ik nog niet. Voor nu vind ik het belangrijk om mijzelf steeds te blijven ontwikkelen in het vak. Hierin heb ik nog veel te leren. Het lijkt mij erg gaaf om uiteindelijk te beschikken over dusdanige kennis dat ik mij kan onderscheiden en een zekere meerwaarde kan hebben tijdens een ingreep. Verder lijkt het mij in de toekomst leuk om wellicht iets met mijn vooropleiding te kunnen combineren.'

#### **WAT MERK JE ERVAN DAT DE MEESTE VAN JE DIRECTE COLLEGA'S VROUWEN ZIJN?**

'Dat er zo veel vrouwen werken, was in het begin wel nieuw voor mij. Dit is iets wat ik niet gewend was. Het is een kwestie van gewening. Ik heb er weinig moeite mee. Naarmate je elkaar beter leert kennen, wordt het alleen maar gezelliger. Wel is voor mij de klik met mannelijke collega's vaak sterker. Dit heeft waarschijnlijk toch te maken met het feit dat we in de minderheid zijn. Het is wel altijd leuk om te merken dat de vrouwen enthousiast zijn over de toename van het aantal mannelijke collega's.'





**Wilco Bakker was 34 jaar ten tijde van de diplomering.**

#### **WAT IS JE VOOROPLEIDING?**

'Na het vwo ben ik biomedische wetenschappen gaan studeren in Utrecht.'

#### **HOE KWAM JE TOT DE KEUZE VOOR OPERATIEASSISTENT?**

'Ik was op zoek naar een medisch en technisch beroep. Na wat zoekwerk op internet kwam ik bij de opleiding tot operatieassistent.'

#### **WELK SPECIALISME AMBIEER JE EN HOE ZIE JIJ JE LOOPBAAN?**

'Op dit moment vind ik alle specialismes nog leuk. Ik ben nu werkzaam in het Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ) in Utrecht. Hier zijn bijna alle specialismes aanwezig en doen we laagcomplexe en middelcomplexe, maar ook veel hoogcomplexe ingrepen. Die afwisseling vind ik erg leuk. Op dit moment heb ik nog geen verdere ambities. De samenwerking vind ik heel leuk. Met artsen, assistenten en alle andere mensen op de OK.'

#### **WAT MERK JE ERVAN DAT DE MEESTE VAN JE DIRECTE COLLEGA'S VROUWEN ZIJN?**

'Hier merk ik eigenlijk niet heel veel van, behalve de constatering dat er weinig mannelijke operatieassistenten zijn.'



**Jorrick Timmerhuis (27) is in zijn eerste jaar van de opleiding.**

#### **WAT IS JE VOOROPLEIDING?**

'Ik heb aan Saxion gezondheidstechnologie gestudeerd. Dat is een soort technische verpleegkunde. Ik studeerde in 2017 af.'

#### **HOE KWAM JE TOT DE KEUZE VOOR OPERATIEASSISTENT?**

'Echte zorg, zoals mensen douchen, is niet helemaal mijn ding. Tijdens mij studie kreeg ik een vast contract aangeboden bij het bedrijf in tuinmeubelen waar ik een bijbaantje had. Dat vond ik te eentonig. Ik zocht toen verder naar een geschikt beroep en kwam uit bij het vak van operatieassistent.'

#### **WAT VIND JE MOOI AAN JE WERK?**

'Het is een praktisch en mooi beroep. Wij doen meer handelingen dan bijvoorbeeld de anesthesiemedewerkers. Onze OK is een mooie omgeving en alles is strak ingericht. En ik vind de anatomie mooi.'

#### **WELK SPECIALISME AMBIEER JE EN HOE ZIE JIJ JE LOOPBAAN?**

'Met ambities ben ik nu nog niet bezig. Ik ben druk met mijn opleiding en met het afronden van opdrachten. Ook heb ik nog lang niet alles gezien.'

#### **WAT VOND JE TOT NU TOE HET INDRUKWEKKENDSTE WAT JE HEBT MEEGEMAAKT?**

'Het meest uitdagende wat ik heb gezien was in het WKZ, een jongen die onder een trekker was gekomen. Zijn been lag open vanaf heup tot teen. Zijn spieren lagen bloot. Het was een naar gezicht. Ik was daar op de omloop.

Ik hoop, in de toekomst als ik meer beheers, ook echte handelingen te mogen doen, zoals een wond sluiten. Ik heb al wel een hechting gezet. Dat vond ik mooi om te doen. Dit was bij een arthroscopie.'

#### **WAT MERK JE ERVAN DAT DE MEESTE VAN JE DIRECTE COLLEGA'S VROUWEN ZIJN?**

'Ik kom uit een mannencultuur. Nu ben ik in de minderheid. Dat vind ik soms minder leuk. In mijn vorige werk gingen we samen naar voetbal of kaarten. Er is hier wat weinig contact onderling. Je bent bezig met je eigen dingen. Ik hoor dat ze wel proberen om meer mannen te krijgen. En ik moet zeggen, dat is wel gelukt. Relatief gezien werken er bij ons vrij veel mannen.'

**DIT ARTIKEL IS EERDER VERSCHENEN IN OPERATIONEEL, HET MAGAZINE VAN DE LVO.**

## **Colofon**

#### **VL MEDIA Advies**

Schorpioen 77  
9602 MJ Hoogezaand  
Telefoon: 06-11352165  
Email: [info@denederlandse-ok-krant.nl](mailto: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, LVO, SVN, NVA, NVT, NVAM, BEN OK, Femke van der Palen, Andreas Boender-Vaags, Don Roelofsen, Menno Goosen, NU'91, Ingrid Lutke Schipholt, Ivonne Zijp en De Jonge Specialist.

#### **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 diverse beroepsverenigingen binnen het ziekenhuis.

#### **Informatie betreffende adverteren in**

De Nederlandse OK Krant kunt u verkrijgen via [info@denederlandse-ok-krant.nl](mailto:info@denederlandse-ok-krant.nl) en/of 06-11352165 (Alex van Leeuwen)

#### **Disclaimer**

Veel van de gebruikte foto's in De Nederlandse OK-Krant 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 stockfoto's die een artistiek doel dienen.



## Tegris OK-integratie/digitalisatie

Alles bij de hand met één oplossing

- Beheer gegevens en integreer (4K) video's.
- Bedien verschillende (medische) apparaten.
- Stroomlijn de workflow en verbeter de patiëntveiligheid.



[www.getinge.com](http://www.getinge.com)



GETINGE



**INTERSTER**

## Optimale bescherming

Maskers, mutsen, protectie jassen en meer.

Bescherming van personeel volgens alle normen en standaarden. **Interster heeft de goede oplossing voor alle handelingen binnen uw proces.**



Bekijk het gehele assortiment van onze beschermingsmiddelen [www.interster.nl/cat/protectie](http://www.interster.nl/cat/protectie)  
Neem contact met ons verkoopteam op via [cs@interster.nl](mailto:cs@interster.nl)

Your partner for CSSD, Endoscopy and Investment Solutions



**NU'91**  
voor zorgprofessionals

**Samen sta jij sterker!**



### Lid van LVO?

Sluit je dan ook aan bij NU'91 met ruim € 80 korting per jaar met het combi-lidmaatschap.

**Samen sta jij sterker!**

**Meer weten?** Download hier het informatieboekje van NU'91.



**word nu lid!**

[www.nu91.nl](http://www.nu91.nl)



## HET DAGBOEK VAN OLGA CRAMER

**Auteurs:** Harry Griffioen en Derick Maarleveld  
**Uitgeverij:** Billie Boy BV  
**ISBN:** 9789464063677  
**Prijs:** € 20,- maar ook gratis als e-book

Dit boek is een indringend verslag van de lijdensweg van een coronapatiënt én haar man. Het coronavirus heeft de Nederlandse samenleving in een keiharde wurggreep genomen, met vele zieken, overledenen en onvoorstelbaar sociaal-emotioneel en economisch leed tot gevolg. Dit boek is geschreven als een hommage aan alle verpleegkundigen en artsen in de Nederlandse ziekenhuizen, in bijzonder het Groene Hart Ziekenhuis in Gouda. Het boek beschrijft de overlevingskracht van Olga en de onvoorwaardelijke steun van haar man Harry. Zij zijn in april keihard overrompeld door corona. Samen hebben zij het virus overwonnen en Olga is gelukkig op weg naar herstel. Ze lag acht weken in het ziekenhuis, waarvan zes weken op de intensive care. Dit boek is ook geschreven



voor alle inwoners van Nederland, jong en oud, om hun inzicht te geven in hoe het coronavirus een mensenleven op zijn kop kan zetten. Met de beschrijving van de belevenissen van Olga en Harry proberen de auteurs de gevaren van corona wat dichterbij te brengen. Dichterbij, zodat Nederlanders geïnspireerd en gemotiveerd worden om met elkaar het coronavirus te overwinnen. Door het heel serieus te nemen, ook in hun dagelijkse gedrag. Je kunt het boek gratis downloaden op [www.pumbo.nl/gratis-ebooks/het-dagboek-van-olga-cramer](http://www.pumbo.nl/gratis-ebooks/het-dagboek-van-olga-cramer).

## DE CHOLESTEROLMYTHE

**Auteur:** Daan de Wit  
**Uitgeverij:** Scriptum Books  
**ISBN:** 9789463192118  
**Prijs:** € 23,50

Op basis van onafhankelijk journalistiek onderzoek laat De cholesterolmythe zien dat de huidige visie op hart- en vaatziekten niet klopt en moet worden herzien. Gesprekken met betrokken artsen en wetenschappers maken dit duidelijk.

Het boek is opgedeeld in drie delen:

- 1) Opkomst en ondergang van de cholesterolmythe,
- 2) Moedwillige misleiding en
- 3) Wat je zelf kunt doen voor de gezondheid van je hart en vaten.

Dit derde deel biedt praktische tips over hoe je jezelf kunt helpen bij het voorkomen van hart- en vaatziekten, zonder medicatie en op basis van natuurlijke middelen. Iemand die al ziek is, kan het proces remmen en soms zelfs omkeren.



## DE GEEST UIT DE FLES

**Auteur:** Jacqueline van Lieshout  
**Uitgeverij:** Detox Coach Publishing  
**ISBN:** 9789082500745  
**Prijs:** € 21,-

We leven in een van alcohol doordrenkte maatschappij. Drinken is de norm en onze favoriete manier om alles aan te kunnen, te vieren en te doorstaan. Ondanks de gevaren van dit zwaar verslavende middel zijn we ervan overtuigd dat vooral anderen een probleem met drank hebben. Wijzelf zijn gewoon levensgenieters. De geest uit de fles is het achtste boek van Jacqueline van Lieshout. Het gaat verder waar haar vorige boek, Ontwijnen, stopte. Want na de vraag: 'Wat drink ik dan?' komt de vraag: 'Wie ben ik dan, zonder alcohol?' In dit ontvullende boek neemt Jacqueline je mee in een van alcohol doordrenkte maatschappij, waar alcohol drinken gelijkstaat aan gezelligheid en we niet willen horen dat het eigenlijk heel slecht voor ons is. Maar waarom drinken we eigenlijk? Waarom kan de een het bij zo af en toe een glas houden en wil de ander na glas drie altijd door? En waarom vinden we alcohol drinken zo normaal? Een eyeopener voor iedereen die erover nadentkt minder of niet meer te drinken.



## DRANKJE?

**Auteur:** David Nutt  
**Uitgeverij:** Nieuwezijds  
**ISBN:** 9789057125454  
**Prijs:** € 21,95

Hoe kan zo'n eenvoudig molecuul als alcohol zowel genot als pijn veroorzaken? En hoeveel kun je ervan drinken zonder dat je gezondheid gevaar loopt? David Nutt neemt de feiten over alcohol en gezondheid onder de loep en beschrijft de reis van alcohol door het lichaam, vanaf de eerste slok. Daarbij bespreekt hij drankgerelateerde kwesties waarover je graag meer wilt weten, zoals verslaving, psychische en lichamelijke gezondheid, slaap, hormonen en vruchtbaarheid, jongeren en alcohol, agressie - maar ook de sociale voordelen van drank. Drankje? maakt duidelijk wat 'verantwoord drinken' betekent en biedt je de wetenschappelijke feiten om zelf een beslissing te kunnen nemen over je alcoholgebruik en het al dan niet stoppen met drinken.



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](mailto:redactie@lvo.nl).



Lester du Perron en Tijs Stehmann.

# Dokter Media nuanceert opzienbarende medische nieuwtjes

Artsen Lester du Perron en Tijs Stehmann lezen geregeld misleidende koppen bij berichten over medisch-wetenschappelijk onderzoek. Dit stoort hen en daarom zetten zij het platform Dokter Media op. Ook schreven ze een boek over nuancering van medisch nieuws: *Dokter, ik las in de krant dat...* In dit artikel een bewerking van een deel van het boek.

Tekst: Lester du Perron en Tijs Stehmann | Foto's: Margot Scheerder en Shutterstock | Illustratie: Gijs Klunder

**D**okter, ik las in de krant dat er een nieuw medicijn is voor mijn ziekte.' De patiënt wijst naar een nieuwsbericht in de dikke zaterdagbijlage van de krant die zij zojuist op het bureau van haar arts heeft gelegd. De arts kijkt haar verbaasd aan en bestudeert vluchtig het bericht. Het gaat over een 'baanbrekend onderzoek' naar een medicijn waarvan de resultaten 'zeer hoopgevend' zouden zijn. Hij duikelt vervolgens het wetenschappelijke artikel op dat de aanleiding vormde voor het nieuwsbericht, maar moet zijn patiënt al snel teleurstellen: het medicijn blijkt alleen nog op muizen getest, en of het bij mensen werkt – en veilig is – is nog volstrekt onduidelijk. Het zal daarom vermoedelijk nog jaren duren voordat bekend is of dit 'nieuwe medicijn' in de praktijk gebruikt kan worden.

## VALSE HOOP

'Oplossing tegen aneurysma in simpel tabletje', 'Vitamine B3 kan miskramen voorkomen', 'Zeelucht goed tegen kanker' of 'Genezing diabetes mogelijk binnen vijf jaar' – vrijwel dagelijks verschijnen er hoopgevende medische nieuwsberichten in Nederlandse kranten en op nieuwswebsites. Een jaar of zeven terug begon het ons op te vallen dat zulke nieuwsberichten bij zowel patiënten als artsen regelmatig tot onduidelijkheid en problemen leiden. Tijdens onze medische

opleiding maakten wij in onze eigen spreekkamers en ziekenhuizen mee dat patiënten valse hoop hadden gekregen door opgeblazen of foutieve nieuwsberichten in de media.

## NUANCERING

Versillende artikelen in kranten en medische tijdschriften bevestigden dat patiënten soms onterecht hoopvolle verwachtingen ontwikkelen en dat artsen ervaren dat hun patiënten daardoor een verkeerd beeld krijgen van hun ziekte of behandelmogelijkheden. Tegelijkertijd zagen we dat collega-artsen slechts onderling of een-op-een tegenover de patiënt op medisch nieuws reageren. Het ontbrak aan een algemene, voor iedereen bereikbare plek waar zulke berichten worden voorzien van een korte, begrijpelijke en concreterende medische beschouwing. Om medische nieuwsberichten van de benodigde nuancering en duiding te voorzien, richtten we Dokter Media op, een platform waar mensen – zowel patiënten, artsen als alle andere geïnteresseerden – terechtkunnen voor een tweede, objectieve blik op een medisch nieuwsbericht. Is het medicijn dat in de krant als 'doorbraak' wordt aangekondigd écht zo veelbelovend? Is die 'nieuwe test' eigenlijk al beschikbaar? En zo ja, wat hebben arts en patiënt daar dan concreet aan?

## FACTCHECKEN

Dokter Media begon in 2015 met een kleinschalige nieuwsbrief en werd al snel omgetoverd tot een volwaardige website. De afgelopen jaren hebben we onze activiteiten kunnen uitbreiden, bijvoorbeeld op de landelijke radio, in podcasts en met informatie op beeldschermen in wachtkamers van ziekenhuizen en huisartspraktijken. Door nieuwsberichten en de achterliggende bronnen steeds volgens een vast stramien te factchecken, ontwikkelden we bovendien een methode – de Dokter Media-methode – om medisch nieuws systematisch te benaderen. Deze methode maakt inmiddels deel uit van diverse onderwijsprogramma's op medische opleidingen.

## HET BOEK

In het boek *Dokter, ik las in de krant dat...* geven we aan de hand van ongenuanceerde medische nieuwsberichten die Dokter Media de afgelopen vijf jaar heeft behandeld een overzicht van wat zoal de revue is gepasseerd. We hebben daarvoor de meest aansprekende berichten geselecteerd en onze factchecks van dit nieuws (reviews) waar nodig ingekort, uitgebreid of samengevoegd om het leereffect en leesplezier te vergroten. Mocht er af en toe een medische of statistische term voorbijkomen, geen paniek: alle termen gemarkeerd met \* zijn terug te vinden in een handige

begrijpenlijst met uitleg en voorbeelden. Zo hopen we onze lezers, zonder dat een medische achtergrond vereist is, op leerzame en gemakkelijke wijze van de broodnodige nuance en duiding bij medisch nieuws te voorzien.

### DE DOKTER MEDIA-METHODE

Om medisch nieuws goed te begrijpen en op waarde te kunnen schatten, is het handig om enige medische kennis te hebben, maar dit is niet noodzakelijk. De Dokter Media-methode helpt om stapsgewijs door een nieuwsbericht heen te gaan. Het uitgangspunt bij het beoordelen van medisch nieuws is het nieuwsbericht zelf. Om te beginnen citeren we daarom de letterlijke kop zoals die in de krant of op internet verscheen. Vervolgens analyseren we het nieuwsbericht en de originele bron daarvan stap voor stap, door steeds dezelfde vier vragen te beantwoorden:

- Wat suggereert de kop?
- Waar komt dit nieuwsbericht vandaan?
- Is dit echt iets nieuws?
- Wat kunnen we hier nu concreet mee?

### WAT SUGGEREERT DE KOP?

Het is allereerst belangrijk om de vraag te stellen welke verwachtingen uit de kop van een nieuwsbericht zijn op te maken. De krantenkop trekt de aandacht, en veel mensen lezen wel de krantenkop maar niet het hele bijbehorende nieuwsbericht. Omdat die krantenkop blijft hangen, moeten we ons daar als eerste op richten. Wat suggereert hij nu eigenlijk, en welke vragen roept dat op? Zeker als er termen als 'doorbraak' of 'genezing' worden gebruikt, zal dat de aandacht trekken en vragen met zich meebrengen. De meeste koppen in een krant of tijdschrift worden niet verzonden door de schrijvende journalist; meestal is het de hoofd- of eindredactie die ze bepaalt. Vaak heeft de journalist zelf niet eens de kop bij zijn eigen nieuwsbericht kunnen zien voordat deze in de krant verschijnt. En de kop in de krant is vaak weer anders dan de kop op internet. Een kop moet aansporen

tot verder lezen, maar dekt helaas lang niet altijd de lading van het hele nieuwsbericht.

### Zeelucht goed tegen kanker?

De kop 'Studie: zeelucht goed tegen kanker' bijvoorbeeld, suggereert dat kankerpatiënten voortaan als onderdeel van hun behandeling de kustlijn moeten bezoeken, terwijl het originele onderzoek alleen had laten zien dat de deling van longkankercellen in het laboratorium soms (maar soms ook niet) geremd werd door kleine deeltjes in zeelucht. Dit betekent natuurlijk niet gelijk dat het inademen van zeelucht hetzelfde effect heeft bij mensen die lijden aan longkanker, zoals de onderzoekers overigens ook keurig hadden vermeld. Zo'n ongenueanceerde krantenkop heeft dan echter de toon al gezet.

### Vroege dood door zwaar werk?

Een andere manier waarop medisch nieuws nuance verliest is wanneer in de kop ten onrechte een oorzakelijk verband wordt verondersteld. Zo suggereert de kop 'Fysiek zwaar werk verhoogt kans op vroege dood' dat de hogere kans op een vroege dood veroorzaakt wordt dóór het zware werk. Dat bleek niet het geval: de onderzoekers hadden alleen beschreven dat er een verband lijkt te bestaan, maar ze konden niet aangeven hoe dat precies zit. Het zou bijvoorbeeld kunnen dat er een derde factor is die zowel verband houdt met het zware werk als de kans op een vroege dood. De onderzoekers stelden dan ook dat er nog verder onderzoek naar dit verband moet worden verricht. Betere krantenkoppen zouden daarom zijn: 'Wie zwaar fysiek werk doet, gaat mogelijk eerder dood' (zoals *Algemeen Dagblad* destijds schreef) of: 'Kortere levensverwachting voor mensen met fysiek zwaar werk'. Hier ontbreken woorden als 'verhoogt', 'vergroot', 'door' of 'zorgt voor', die vaak een oorzaak-gevolgrelatie suggereren. De verschillen zijn subtiel maar belangrijk. Het verschil tussen een verband (correlatie\*) en een oorzaak-gevolgrelatie (causaliteit\*) komt in dit boek verschillende keren aan bod.

### WAAR KOMT DIT NIEUWSBERICHT VANDAAN?

Wetenschappers, in dit boek meer algemeen 'onderzoekers' genoemd, publiceren de resultaten van hun onderzoeken (ofwel studies) in wetenschappelijke tijdschriften (die in het buitenland 'journals' heten). In verreweg de meeste gevallen is zo'n publicatie in een tijdschrift de aanleiding voor nieuwsberichten in de reguliere media.

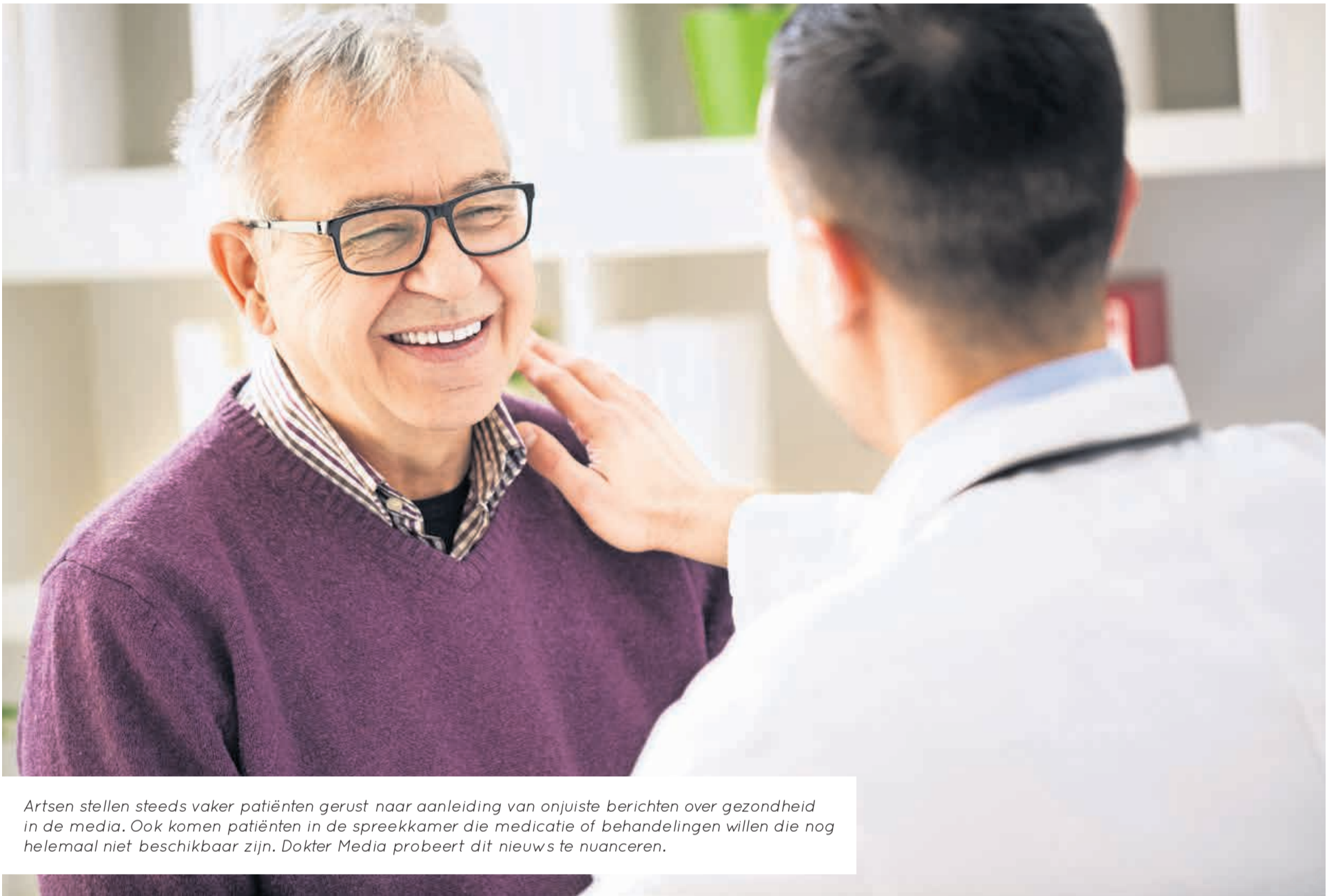
### Persberichten

Een journalist ontdekt soms zelf dat er een nieuwe publicatie is, maar meestal wordt hij of zij erop geattendeerd door een persbericht van de universiteit of het instituut waar de betrokken onderzoekers aan verbonden zijn. Het persbericht bevat de belangrijkste, maar vooral ook de meest aansprekende resultaten, die vaak voorzien zijn van een of meerdere quotes van de onderzoekers. Omdat het persbericht gelezen moet kunnen worden door mensen met verschillende achtergronden, is het vaak wat eenvoudiger geschreven en van minder vaktermen voorzien dan de tekst in de originele wetenschappelijke publicatie. Hierbij ontstaat meteen al een risico op het verlies van nuance, omdat door de eenvoudiger bewoording soms ook subtiel maar belangrijke details verdwijnen.

### Overdrijving

Overdrijving in gezondheidsnieuws blijkt dan ook veelal gepaard te gaan met overdrijving in het oorspronkelijke persbericht. Zo verstuurde de universiteit van Wageningen een persbericht over een onderzoek waaruit bleek dat hersenweefsel van mensen met een specifieke genetische aanleg voor dementie minder afwijkingen liet zien wanneer die mensen voor hun overlijden wekelijks een of meer porties vis hadden gegeten. Maar zoals de onderzoekers zelf duidelijk vermeldden, kon met het onderzoek niet worden vastgesteld dat het minder voorkomen van hersenafwijkingen daadwerkelijk werd veroorzaakt door het eten van vis. Bovendien is het vertonen van afwijkingen in het hersenweefsel niet hetzelfde als het hebben van dementie.





Artsen stellen steeds vaker patiënten gerust naar aanleiding van onjuiste berichten over gezondheid in de media. Ook komen patiënten in de spreekkamer die medicatie of behandelingen willen die nog helemaal niet beschikbaar zijn. Dokter Media probeert dit nieuws te nuanceren.

# Dokter, ik las in de krant dat...



Medisch nieuws  
gefactcheckt door  
de artsen van  
**Dokter Media**



**LESTER DU PERRON  
TIJS STEHMANN**

## DOKTER, IK LAS IN DE KRANT DAT...

**Auteurs:** Tijs Stehmann en Lester Du Perron  
**Uitgeverij:** De Arbeiderspers  
**ISBN:** 9789029542661  
**Prijs:** €20,99

Toch verstuurde de universiteit een persbericht met de titel 'Eten van vis is goed tegen dementie', waarin werd gesteld dat 'het eten van minstens één portie vis per week zorgt voor een lager risico op de ziekte van Alzheimer en dementie-gerelateerde aandoeningen'. In de media werd dit overgenomen en verscheen onder meer het nieuwsbericht 'Portie vis per week verlaagt risico op dementie'. Dat sloot dus helemaal niet aan op de oorspronkelijke conclusies van de onderzoekers. Herkenbaar? Het lijkt verdacht veel op het aloude fluisterspelletje van de kleuterschool waarbij in een kring een zin fluisterend van oor tot oor wordt doorgegeven. De zin waarmee wordt begonnen is vrijwel nooit meer hetzelfde aan het einde van de kring!

### Voorbarige uitspraken

Als medisch nieuws niet gebaseerd is op een recent verschenen onderzoek, dan volgt het hoogstwaarschijnlijk op een uitspraak van een expert. Dat betekent echter niet gelijk dat het dus ook waar is. Los van het feit dat 'expert' geen beschermde titel is, hebben ook artsen en onderzoekers soms de neiging om voorbarige uitspraken te doen. De uitspraak 'Chocolade beste medicijn tegen hoesten' was afkomstig van een professor, maar bleek zowel zeer voorbarig als bijzonder ongenueanceerd: het bijbehorende onderzoek, dat pas later werd gepubliceerd, bleek zijn bewering helemaal niet te ondersteunen.

### De originele bron

Het is dus om verschillende redenen belangrijk altijd na te gaan wat de originele bron is van een medisch nieuwsbericht. Door het lezen van die bron en het 'vertalen' daarvan naar de dagelijkse praktijk kunnen vaak al de meeste vragen bij een medisch nieuwsbericht worden beantwoord.

### IS DIT ECHT IETS NIEUWS?

Veel medische nieuwsberichten zijn niet zo 'nieuw' of 'baanbrekend' als op het eerste gezicht misschien lijkt. De meeste onderzoeken zijn een vervolg op een eerder onderzoek, waar destijds ook al nieuwsberichten over zijn verschenen. In veel gevallen blijken de nieuwe 'ontdekkingen' die worden gedaan vooral interessant

als uitgangspunt voor verder onderzoek, maar volgt er weinig verandering voor de dagelijkse praktijk. Sporadische doorbraken daargelaten, is het meeste medische nieuws hoogstens een klein stapje vooruit.

### Richtlijnen

Het is in dit verband bovendien belangrijk om te weten dat artsen werken met richtlijnen. In richtlijnen staat voor verschillende klachten en aandoeningen beschreven wat op dat moment de gangbare diagnostiek en behandeling zijn, wat een arts helpt om op een gestructureerde manier tot een besluit te komen en ervoor zorgt dat alle beschikbare kennis gemakkelijk te vinden is. Richtlijnen worden opgesteld door de verschillende beroepsverenigingen van medisch specialisten, die daarbij gebruikmaken van de wetenschappelijke literatuur. Dit zijn de onderzoeken en artikelen waar ook medisch nieuws vaak op gebaseerd is. Maar hoewel er in een medisch nieuwsbericht soms al stellige uitspraken zijn te lezen over conclusies uit een nieuw onderzoek, zal een richtlijn zelden direct worden aangepast na het verschijnen van één enkel nieuw artikel. Over het algemeen worden aanbevelingen uit onderzoek pas overgenomen als het onderzoek aan strenge eisen voldoet en is afgewogen tegen alle bestaande literatuur en de kennis en ervaringen van artsen en patiënten. Ook wordt veel onderzoek in het buitenland verricht, waar de omstandigheden niet altijd overeenkomen met de Nederlandse. Daarnaast blijkt regelmatig dat suggesties die voortkomen uit medische nieuwsberichten allang zijn opgenomen in de betreffende Nederlandse richtlijn en dus niet echt iets nieuws betekenen voor de dagelijkse praktijk. Overigens zijn richtlijnen geen wetten: ze hebben betrekking op een algemene patiënt met bepaalde klachten of een bepaalde aandoening, maar iedere patiënt is uniek en heeft zijn of haar eigen behandeling nodig. Een arts mag en moet daarom soms ook van een richtlijn afwijken.

### De dag van ...

Soms blijkt dat medisch nieuws juist op een bepaald moment in de media terechtkomt, omdat het gekoppeld

is aan een dag of een evenement. Zo verschijnen er elk jaar rond 14 november berichten over de mogelijke genezing van diabetes; deze dag is immers gebombarderd tot Wereld Diabetesdag. Een ideaal moment om een 'tussenstand' te geven van bepaalde onderzoeken naar diabetes. Helaas worden die regelmatig gepresenteerd als 'doorbraak' terwijl er op dat moment eigenlijk nog niets nieuws te melden is. Een ander voorbeeld van een bijzondere aanleiding voor een nieuwsbericht deed zich voor bij de verkondigde naderende 'genezing van MS'. Voor het vervolgen van het betreffende onderzoek bleek meer geld nodig, en zonder dat er concreet nieuws te melden was, werd er daarom een hoopgevend persbericht verstuurd aan het begin van de collecteweek van het Nationaal MS Fonds!

#### Geen revoluties

Nagaan of medisch nieuws echt iets nieuws verkondigt draagt in belangrijke mate bij aan een goede interpretatie ervan. Zonder de hoop te verliezen dat onderzoeken soms echte 'revoluties' kunnen betekenen, zullen we helaas toch vaak moeten constateren dat het zo'n vaart nog niet loopt.

#### WAT KUNNEN WE HIER NU CONCREET MEE?

Eigenlijk is dit de belangrijkste, maar meteen ook lastigste vraag om te beantwoorden. Wat kan een patiënt of betrokkene nu precies met dit nieuws? Op welke patiënten en welke omstandigheden is het wel of niet van toepassing? Moet er met spoed een afspraak bij de eigen arts worden gemaakt, of heeft het nieuws eigenlijk nog helemaal geen consequenties?

#### Relatieve risico's

In de meeste gevallen is dit alles bij het beantwoorden van de drie voorgaande vragen al duidelijk geworden, maar soms helpt het om bepaalde dingen – en dan vooral getallen – nog wat concreter te maken. Veelal worden in medische nieuwsberichten bijvoorbeeld zogenaamde relatieve risico's\* genoemd: dit zijn getallen die de kans op een bepaalde aandoening weergeven ten opzichte van de kans voor een andere patiënt. Relatieve risico's klinken al gauw mooi. 'Twintig procent minder kans' bijvoorbeeld, doet vermoeden dat één op de vijf patiënten voortaan beter af is met de betreffende behandeling. Het gaat hier echter niet om de daadwerkelijke kans op een bepaalde aandoening (het absolute risico\*); die is namelijk vaak vele malen kleiner. Die 'twintig procent minder kans' kan concreet betekenen dat vele honderden patiënten een behandeling moeten ondergaan voordat er één van hen niet meer ziek wordt. Zo blijkt dat het nieuws over de blindedarm als mogelijke bron van de ziekte van Parkinson zeker niet betekent dat de blindedarm voortaan preventief verwijderd zal worden.

#### Ethische vraagstukken

Ook ethische vraagstukken zijn soms belangrijk voor een goede concretisering van medisch nieuws. Afgezien van het feit dat het nieuwsbericht 'Bloedtest kan Alzheimer in vroeg stadium detecteren' bleek te verwijzen naar een test die nog helemaal niet bij een willekeurig persoon de ziekte van Alzheimer kan aantonen, is er de interessante vraag wat iemand nu concreet met zo'n test zou kunnen. De ziekte van Alzheimer is op dit moment niet te genezen, dus een bloedtest die de ziekte in een vroeg stadium herkent zou voorlopig vooral betekenen dat de patiënt langer met de wetenschap moet leven een ongeneeslijke ziekte te hebben.

#### Onenigheid onder artsen

Tot slot is het goed om te weten dat er bij artsen onderling ook niet altijd overeenstemming bestaat, omdat soms gewoon niet helemaal duidelijk is wat 'het beste' of 'verstandigste' is. Het nieuwsbericht 'Screening op longkanker redt duizenden levens' bijvoorbeeld, waarin werd geschreven dat 'artsen pleiten voor longkanker-screening bij (ex-)rokers', doet op het eerste gezicht vermoeden dat alle artsen achter longkankerscreening staan. Er waren echter ook artsen die de kritiek uitten

## 'DOOR MUZIEK BIJ OPERATIE MINDER KANS OP VERSLAVING AAN PIJNSTILLERS'

Uit onderzoek zou blijken dat patiënten die voor, tijdens en na een operatie via een koptelefoon naar muziek luisteren, minder verslavende pijnmedicatie nodig hebben, schrijft onder meer *nu.nl*. Het Rotterdamse Erasmus MC zou het gebruik van koptelefoons bij bepaalde operaties al aan het invoeren zijn.



#### WAT SUGGEREERT DE KOP?

Verschillende media schrijven dat muziek tijdens een operatie de behoefte aan pijnstillers vermindert, waar de *NOS* aan toevoegt dat 'heavy metal niet werkt'. *Nu.nl* wekt zelfs de suggestie dat patiënten door muziek minder kans lopen om verslaafd te raken. Was niet al langer bekend dat muziek tijdens een operatie een positief effect kan hebben? En waar komt het verband met verslaving aan pijnstillers vandaan?

#### WAAR KOMT DIT NIEUWSBERICHT VANDAAN?

Onderzoekers verbonden aan het Erasmus MC hebben de gegevens uit 55 eerdere onderzoeken naar het verband tussen muziek en pijnbestrijding samengevoegd en opnieuw geanalyseerd (*systematic review*\*). Daaruit bleek dat het luisteren naar muziek tijdens en rondom een operatie ertoe leidt dat patiënten minder pijnstillers en verdovingsmiddelen nodig hebben. Bovendien vonden de meeste patiënten het een prettige ervaring. De onderzoekers concluderen daarom dat het luisteren naar muziek een laagdrempelige interventie is waarmee het gebruik van pijnstillers kan worden verminderd, 'wat mogelijk zou kunnen leiden tot betere uitkomsten en minder kosten omdat hogere doseringen van pijnstillers verband houden met een hogere kans op verslaving'.

#### IS DIT ECHT IETS NIEUWS?

Er wordt al vele jaren onderzoek gedaan naar de gunstige gezondheidseffecten van het luisteren naar muziek. Ook het mogelijke effect van muziek tijdens operaties is geen nieuw onderwerp; een jaar eerder schreef de *NOS* al dat muziek tijdens een operatie de angst en pijn bij de patiënt kan verminderen, wat destijds volgde uit een vergelijkbaar onderzoek van het Erasmus MC waarin 92 andere onderzoeken werden geanalyseerd. In het huidige onderzoek is nu iets preciezer gekeken welke medicijnen in welke mate konden worden verminderd. Of er echt muziekgenres zijn waarvoor het beschreven effect niet opgaat is overigens niet duidelijk, in het wetenschappelijke artikel wordt daar zelfs helemaal niet op ingegaan. Een van de onderzoekers stelt echter in een persbericht van het Erasmus MC dat 'er aanwijzingen zijn dat de muziek aan bepaalde voorwaarden moet voldoen', waardoor sommige genres mogelijk minder geschikt zijn. Hij wil daarom verder onderzoek doen om te bepalen welke muziek het beste resultaat geeft. 'Misschien ontdekken we een algemene structuur en kunnen we die muziek dan componeren.'

#### WAT KUNNEN WE HIER NU CONCREET MEE?

De kop van *nu.nl* klopt niet. Er is geen onderzoek gedaan naar de kans op het verslaafd raken aan pijnstillers, en ook de suggestie dat heavy metal niet helpt wordt dus niet door het onderzoek ondersteund. Het is waar dat morfineachtige pijnstillers bij een klein percentage patiënten (vooral bij langdurig gebruik) verslavend kunnen zijn, maar daar worden patiënten niet 'zomaar' aan blootgesteld. Goede pijnbestrijding na een operatie is namelijk essentieel voor een goed herstel. Mogelijk kan het luisteren naar muziek rondom de operatie daar dus aan bijdragen, wat gezien de prettige ervaring van de patiënt (en soms ook het operatieteam) klinkt als een win-winsituatie.

dat screening weliswaar longkanker opspoorde, maar dat de patiënten uiteindelijk nauwelijks langer leven omdat ze – vermoedelijk door datzelfde roken – eerder overlijden aan bijvoorbeeld hart- en vaatziekten. Screening zou dus vooral veel geld kosten en niet veel gezondheidswinst opleveren. Ook het belichten van zulke onenigheid onder artsen kan soms bijdragen aan een waardevolle nuancering en concretisering van medisch nieuws.

#### CONCLUSIE

De Dokter Media-methode zorgt ervoor dat medisch nieuws stap voor stap wordt beoordeeld, zodat er antwoord gegeven kan worden op de vele vragen die beginnen met: 'Dokter, ik las in de krant...'

Meer lezen? [www.doktermedia.nl](http://www.doktermedia.nl)

DIT ARTIKEL IS EERDER VERSCHENEN IN OPERATIONEEL, HET MAGAZINE VAN DE LVO.

Dinsdag 5 oktober 2021

## Hand in hand

Educatieve dag voor  
praktijkopleiders en studenten

**Locatie:**  
MeetingDistrict  
Blokhoeve 2A  
3438 LC Nieuwegein

**Informatie en inschrijven via de website:**  
[www.lvo.nl](http://www.lvo.nl)

**Kosten:**  
LVO leden: € 75,-  
Niet-leden: € 100,-

HET JUISTE INSTRUMENT VOOR JE TOEKOMST!



## LVO & INCISION GELOVEN IN KWALITEIT EN VOORTDUREND LEREN - EN GAAN SAMENWERKINGSVERBAND AAN

Wat zijn de voordelen voor jou?

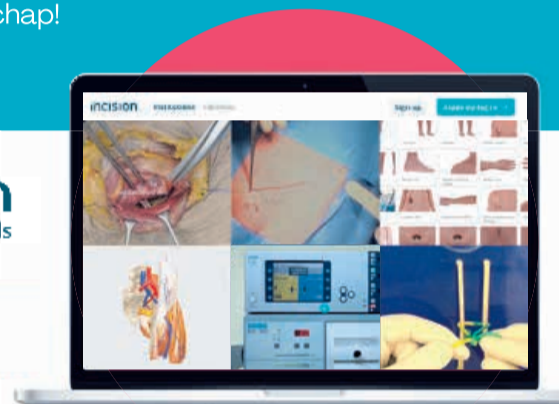
- ✓ Alle OK specifieke e-learning toegankelijk op een plek
- ✓ Een volledig portfolio voor Nederlandse operatieassistenten (60+ modules)
- ✓ Geaccrediteerde scholing volgens het kwaliteitsregister

Lees hier alles over ons combi lidmaatschap!



SCAN ME

incision  
Sharing surgical skills



**34<sup>e</sup> LVO Congresdag**  
25 november 2021

**NIEUWE LOCATIE**  
Gooiland,  
Hilversum

**De nieuwe wereld**

LVO  
Landelijke vereniging van operatieassistenten

Voor meer informatie over het programma en inschrijving [www.lvocongres.org](http://www.lvocongres.org)

## SAMEN OP EEN LIJN VOOR KWALITEIT

**LANDELIJKE KWALITEITSDAG OK**  
**12 OKTOBER 2021**

**LOCATIE:**  
MEETING DISTRICT NIEUWEGEIN

**PRIJS:**  
INSCHRIJVING € 120,-

**REGISTRATIE:**  
[WWW.LVO.NL](http://WWW.LVO.NL)

**NVAM** Landelijke vereniging van anesthesiemedewerkers  
**LVO** Landelijke vereniging van operatieassistenten  
**SVN** STERILISATIE VERENIGING NEDERLAND  
**BRV** BUREAU ROEPSTUK VERENIGING NEDERLAND

**Kwaliteit OK**  
12 oktober  
2021



# Achter de K-draad

Tekst Christiaan de Groot

“Der operative Eingriff ist nur ein Teil des chirurgisch-therapeutischen Handelns..” (Martin Kirschner, Allgemeine Operationslehre, 1927)

Het is voor de traumachirurgische operatiekamer net zoiets basaal als mes en vork.. de K-draad. Niet sexy maar handig voor tijdelijke peroperatieve fractuurfixatie maar ook als definitieve behandeling van bijvoorbeeld vingerfracturen of om kleine stukjes tibiaplateau te fixeren. “K-draad!”..welke operatieassistent kent dat wat knorrig kortaf gesproken commando niet (terwijl de traumachirurg in een half verwrongen houding tracht de repositie vast te houden en te voorkomen dat de co-assistent deze verstoort)?

Dat de K-draad ook Kirschnerdaad heet weten de meeste operatieassistenten wel. Wat de meesten niet weten is dat achter die K-draad een heel interessant verhaal zit:

De K-draad is vernoemd naar Martin Kirschner, een Duitse hooggeleerde chirurg die leefde van 28-10-1879 tot 30-08-1942.

Toen Martin Kirschner in Breslau (het huidige Wrocław in Polen) geboren werd was het door Otto von Bismarck gesmede Duitse Keizerrijk, ontstaan per 1 januari 1871 uit de Noordduitse Bond en de staten Baden, Bayern, Hessen en Württemberg pas 8 jaar oud. Ondanks de oorlogen uit de 19e eeuw floreerde in continentaal Europa de economie en de wetenschap en ontwikkelde de chirurgie zich in hoog tempo. Dat was immers met de technieken voor narcose ineens allemaal mogelijk.

De grootvader van Martin, Julius, was arts en wondarts (zeg maar een chirurg zonder OK) in Freiburg in Schlesien, het huidige Świebodzice (google maar) maar in 1852 verhuisde hij met vrouw en zoon Martin (laten we hem senior noemen, de vader van onze Martin) naar Breslau om daar verder te praktiseren. Martin sr. ging naar het gymnasium waarna hij rechten ging studeren in Breslau en later ook in Heidelberg en Berlijn. Aansluitend maakte deze een carrière als rechter, trouwde in 1872 met Margarethe Kalbeck en kregen één zoon en vier dochters.

Uiteindelijk werd Kirschner sr. in 1899 benoemd tot Oberbürgermeister van de stad Berlijn, een stad die in die tijd enorm groeide en onder zijn bestuur zijn hele wijken, wegen en boulevards aangelegd. Ook is het aan hem te danken dat Berlijn een eigen gemeentelijk tramnet kreeg. Tot aan zijn dood (myocardinfarct) in 1912 is hij in functie gebleven.

Zijn zoon Martin, onze Martin, had geen juridische carrière voor ogen, hij ging geneeskunde studeren maar niet nadat hij de eerste keer voor zijn schoolexamen was gezakt. Zijn studiecariere ging via vele universiteiten, zo ging dat toen: eerst aan de in 1457 gevestigde Albert-Ludwigsuniversität in Freiburg im Breisgau (dus niet in Silezië maar in Baden, richting Zwitserland), toen in Zürich, München en uiteindelijk in Straatsburg (toen ook Duitsland). Hij promoveerde op de neurologische ruggenmergsziekten syringomyelie en tabes dorsalis.

Martin Kirschner begon als assistent-internist en hij mocht de Groothertog Wilhelm Ernst van Saksen-Weimar-Eisenach (destijds de eerste in lijn voor de troon in Nederland achter Wilhelmina!) als lijfarts begeleiden op diens reis naar Ceylon en India. Na zijn militaire dienst in München werd hij in 1908 assistent chirurgie in Greifswald en hij volgde zijn opleider naar de Albertus universiteit in Königsberg (het huidige Kaliningrad) in Oost Pruisen. Die in 1544 gestichte universiteit bestaat overigens niet meer.



In Königsberg deed Kirschner onderzoek naar pees- en fasciëtransplantaties en in 1912 en 1913 zat hij met het Rode Kruis op de Balkan waar toen de Balkanoorlogen woedden. Hier heeft hij veel ervaring opgedaan en ook opgeschreven over de oorlogschirurgie. Toen hij weer thuis kwam in Königsberg werd hij daar Oberarzt chirurgie.

In 1916 werd Kirschner Professor Ordinarius (een professor met een leerstoel, je hebt ze ook zonder, namelijk) chirurgie in Königsberg. Kirschner zette zich in voor een kwalitatief hoogstaande chirurgische kliniek en binnen 5 jaar had zijn chirurgische kliniek al 141 bedden. In 1916 is Martin Kirschner ook getrouwd met een vrouw (naast zijn leerstoel), Eva Kapp en in 1922 kregen ze een zoon, Hartwig, die later ook chirurg is geworden.

In 1924 overleed professor Perthes (ja! die van de femurkopnecrose bij kinderen), chirurg in Tübingen en werd aan Kirschner gevraagd of hij Perthes wilde opvolgen. Dat deed hij en ook in Tübingen liet Kirschner zich als kliniekenbouwer gelden: er werd een hele nieuwe chirurgische kliniek naar de inzichten van Kirschner gebouwd maar die was pas in 1935 klaar en toen was Kirschner alweer naar elders vertrokken. Het prachtige strakke gebouw is nu overigens, na een meer dan 10 miljoen kostende renovatie van 1990 tot 2002 als vrouwenkliniek in gebruik.. Leuk weetje nog dat een boek van Kirschners “Operationslehre” ingemetseld is in de grondleggingssteen van het gebouw.

Kirschner was dus uit Tübingen vertrokken. Hij was al eerder gevraagd naar Heidelberg te komen maar daar had hij geen zin in omdat de kliniek slecht en oud was. Pas nadat hem gegarandeerd werd dat er een nieuwe kliniek zou komen is hij in 1933 naar Heidelberg gegaan.

In Heidelberg was hij ook Professor Ordinarius chirurgie en had hij grote invloed op de bouw van de nieuwe chirurgische kliniek die in 1939 klaar was. Op dezelfde plek staat nu nog de, inmiddels wel vernieuwbouwde, chirurgische kliniek.

In 1942 overleed Kirschner, 62 jaar oud, aan de gevolgen van maagkanker.

Zijn nalatenschap is groot: het Duitse standaardwerk Allgemeine Operationslehre, het tijdschrift Der Chirurg, de medeontwikkeling van de spinaalanesthesie en niet in het minste de scherpe staaldraad waarmee hij nog in naamgeving voortleeft. Kirschner heeft zich beziggehouden met de breedte van de chirurgie: hij verrichtte de eerste succesvolle embolectomie uit de a. pulmonalis op 18 maart 1924, deed eenzijdige pulmonale lobectomie in 1936, hij ontwikkelde de Kirschnertisch, een operatietafel voor rectumchirurgie waarop hij, naast prostatectomie, in 1920 abdominoperineale rectumresecties deed, hij deed maagoperaties en zijn in 1926 opgestelde richtlijnen voor de behandeling van peritonitis zijn nog immer geldig. Bovenal herinneren wij hem als traumachirurg avant la lettre die met grote liefde voor het vak de technieken voor osteosynthesen verderontwikkelde en ons een kleine maar juist toch grootse steun in de vorm van de door hem al in de jaren 1920 ontwikkelde “rotierende Bohrdraht aus Edelmetall”, de al sinds 1931 naar hem vernoemde Kirschner draad.

Martin Kirschner was een gedreven man, vaak hard en niet te pruimen voor zijn omgeving maar wel een groot chirurg. Zo scherp als de naar hem vernoemde K-draad.



# Zorg voor je mentale gezondheid

tekst Femke van der Palen & Iris van de Laar | foto's Simone de Blouw

Verpleegkundigen en verzorgenden zijn ontzettend goed in het zorgen voor anderen. Zo goed zelfs dat ze er hun beroep van hebben gemaakt. Maar als het gaat over de zorg voor zichzelf gaat het ze vaak een stuk minder goed af. Te vaak nog cijferen zorgprofessionals zichzelf weg voor een ander, waardoor ze te laat aan de bel trekken voor hulp. Daarbij wordt veelal gedacht dat je vanuit professioneel oogpunt om moet kunnen gaan met alle heftige aspecten van je werk. Want tenslotte hoort dat erbij. Is dat eigenlijk wel zo? En hoe zorg je dat je mentaal fit blijft?

# 'Ik denk dat je als zorgprofessional kopieert wat je om je heen ziet'

**C**amilla Basart is projectmanager bij Oncomid. Als anesthesiemedewerker heeft ze vijf jaar op de operatiekamer gewerkt, waarna ze koos voor het beleidsmatige aspect van de zorg. Als anesthesiemedewerker verbaasde ze zich al over dingen die door iedereen als vanzelfsprekend worden gezien. Dat de werkdruk hoog is bijvoorbeeld. Dat je hard werkt. En dat als je iets naars meemaakt je daarna gewoon doorgaat. Er wordt niet de tijd genomen om er bij stil te staan. Toen ze vervolgens als beleidsadviseur in de oncologische zorg werkte, had ze veel contact met verpleegkundig specialisten. De hele dag voerden zij heftige gesprekken. Als zij hen er dan op aansprak en zei: 'Goh, wat heftig', herkende ze een bepaald gedrag dat ze ook bij verpleegkundigen zag. De heftigheid werd gebagatelliseerd. "Volgens mij komt dit door twee dingen. Enerzijds denk ik dat het mensen met een bepaald karakter zijn die kiezen voor dit beroep. Het zijn personen die van aanpakken houden. Daarom houden zij het vol. Daarnaast denk ik dat je als zorgprofessional kopieert wat je om je heen ziet. Ik deed dat ook. Als ik aan het begin van mijn carrière een reanimatie meemaakte, was ik er twee dagen ondersteboven van. Iedereen op de afdeling ging daarna meteen door dus ik dacht: ik zal wel gek zijn. Ik vroeg mijn collega's hoe zij dat deden. Maar na twee jaar deed ik precies hetzelfde. Je moet er natuurlijk een soort routine in krijgen en niet door alles verdrietig worden. Je kunt nu eenmaal niet bij alles je gevoel de boventoon laten voeren. Maar soms gaat dat uitschakelen van je gevoel heel ver. Dat merk je doordat zorgprofessionals een burn-out krijgen, ziek worden of overspannen raken."

## ZORG VOOR JEZELF

Het zette Camilla aan tot denken. "Als ik patiënt was, zou ik iemand aan mijn bed willen die ook goed voor zichzelf zorgt. Want wat heb je er als patiënt aan als iemand de hele tijd over zijn grenzen gaat. Je kunt toch niet goed voor anderen zorgen als je op de eerste plaats niet goed voor jezelf zorgt? Het is een cliché, maar wel echt waar. Daar ging ik over nadenken. Hoe kunnen we met een groep aan de slag gaan die altijd tot het uiterste gaat? Ze melden zich nooit een dagje ziek. Ze gaan maar door tot ze vervolgens een jaar helemaal uit de running zijn. Dat vond ik verdrietig, want zorgprofessionals hebben zoveel passie voor hun vak. Bovendien hadden ze vaak zelf niet eens in de gaten dat het eraan zat te komen." Vanuit haar achtergrond in de oncologische zorg, had ze veel contact met het Helen Dowling Instituut. Zij zijn gespecialiseerd in het verlenen van psychosociale zorg voor mensen met kanker en diens naasten. Samen met hen bedacht ze de tweedaagse cursus Mentaal Fit voor zorgprofessionals. Tijdens de eerste sessies ontdekte ze belangrijke dingen die ontzettend waardevol kunnen zijn om mentaal gezond te blijven. "Het allerbelangrijkste om te weten is dat dé panaklare oplossing om uitval te voorkomen niet bestaat. Wat wel goed werkte, is dat zorgprofessionals tijdens de training actief gingen nadenken over de vraag: waar word ik nu blij van in mijn leven? Voor de een was dat mediteren, voor de ander intensief sporten of juist een avondje Netflix met een glas wijn erbij. Dat kan dus heel verschillend zijn en ik denk dat dit de kern is: dat niet iedereen hetzelfde nodig heeft om mentaal gezond te blijven. Vaak wordt gezegd dat wandelen goed is voor de geest. Natuurlijk is dat gezond, maar wordt iedereen daar blij van? Daarnaast is het van belang om steeds met collega's onderling bewust te blijven kijken naar de dingen die je meemaakt. Stel elkaar de vraag: was dit nu normaal wat we hebben meegemaakt of niet? Zorg dat je er met elkaar over in gesprek blijft gaan. Als het zo was dat je er niet over hoefde te praten, werd er niemand ziek. Dus er zit toch iets fout. Daarom ben ik een groot voorstander van het buddy-systeem dat we hebben bedacht. We koppelen een verpleegkundige aan een buddy voor een lunchwandeling. Dan kun je heel even met iemand

over bepaalde dingen doorpraten. Bovendien zie je dat binnen steeds meer zorgsettings. Dat na een dienst heel even bij elkaar wordt gecheckt hoe het is verlopen en hoe iemand naar huis gaat."

## LET OP ELKAAR

Volgens Camilla is een bijkomend voordeel van die gesprekken met collega's dat je kunt monitoren hoe het met de ander gaat. "Als je even oprecht met iemand in gesprek gaat, luister je echt naar de ander. Bij een ander zie je vaak eerder dat het niet goed gaat dan bij jezelf. Voor zo'n gesprek hoef je geen psycholoog te zijn. Gewoon een goede collega. Bovendien zorgt het uitwisselen van ervaringen voor erkenning. Voor je het weet zegt je collega: 'Dat ervaar ik ook zo.' Waardoor je dingen voor jezelf beter kunt begrijpen. We praten met elkaar nog te weinig over wat we voelen. In je jaargesprek gaat het bijvoorbeeld over cursussen die je nog wil doen of over je uren. Maar minder snel over hoe het met je gaat. Daar moet veel meer bewustwording voor komen. We verwachten van zorgprofessionals dat ze goed voor mensen zorgen. Dan is het belangrijk dat je

goed in je vel zit, want daar heeft iedereen baat bij. Het is niet egocentrisch om voor jezelf te zorgen of even tijd voor jezelf te nemen. Daarmee zorg je juist beter voor een ander. Wat dat betreft is de zorg een beroepsgroep die dat niet doet. Deze groep zegt: 'Ik ben er voor de ander.' Ze zijn zo intrinsiek gemotiveerd dat ze een belangrijk onderdeel vergeten: hun eigen rol daarin. Dat is heel mooi natuurlijk, maar niemand heeft er iets aan als jij niet goed voor jezelf zorgt. Tien minuten op een dag kunnen al voldoende zijn, echt waar. Het is net als het kopje thee dat je vroeger met je moeder dronk als je uit school kwam. Dat je even de dag doorneemt. Hoe voel ik me nu? Waar werd ik vrolijk van? En wat vond ik lastig. Des te eerder signaleer je als het even niet goed met je gaat. Want geloof me: niemand heeft er last van als je er tien minuten even niet bent voor de ander. Maar jij bent er wel bij gebaat."

## 'Bij een ander zie je vaak eerder dat het niet goed gaat dan bij jezelf'

VERPLEEGKUNDIGE COLIN BEKERS (41) LIEP EEN WERKGERELATEERDE BURN-OUT OP.

## 'EEN DAG LATER KWAM HET PAS BINNEN; IK BLOKKEERDE VOLLEDIG'



Zorgprofessionals werken met hart en ziel voor hun patiënten. Maar als je door onderbezetting minder kwaliteit levert, doet dat iets met je. Niet meteen. Het stapelt zich op. Een werkgerelateerde burn-out. Het overkwam Colin Bekers, toentertijd geriatrieverpleegkundige in het Amphia Ziekenhuis. "Ik moet zeggen dat ik in die periode heel erg hard riep: 'Dit gebeurt mij niet'. Dat moet je dus nooit doen."

"Ik werk sinds 2003 als verpleegkundige. In 2015 maakte ik de overstap van urologie naar de afdeling geriatrie. Ik wist dat het ziekteverzuim daar hoog was. In korte tijd zaten er zes collega's thuis met een burn-out. Ik dacht nog: dit overkomt mij niet. Na een aantal maanden merkte ik dat de afdeling onrustig was en er een enorme werkdruk heerste. Waar ik soms ook mijn vraagtekens plaatste bij wat kwaliteit van zorg was. Ondanks herhaalde pogingen om in gesprek te gaan met mijn leidinggevende en het management, werd het niet opgepakt."

## DE TRIGGER

Toen was daar in de zomer van 2016 die trigger. "Ik werkte dat weekend extra. Op zaterdag voelde ik me niet lekker. Toen ik zondag binnenkwam voor de nachtdienst gebeurde er iets waarvan ik dacht: dit herken ik niet van mezelf. Ik kwam de afdeling op en ik kon niks meer. Ik blokkeerde. Je lijf zegt ineens: ik stop ermee. Het enige wat ik nog kon uitbrengen was: 'Ik kan niet werken'. Ik durfde zelfs niet naar huis. Voor mijn gevoel was ik al op een rare manier hier gekomen."

Of ik het voelde aankomen? Achteraf gezien wel. Ik had hoofdpijn, een hoge bloeddruk en ik sliep slecht. Maar pas op het moment zelf, besef je dat het te laat is. Ik moest van de huisarts afstand nemen van het werk. Alleen het protocol van het ziekenhuis beschrijft dat er binnen drie weken een re-integratieplan moet liggen. Ik ben daar in meegegaan. Dan moeten alle alarmbellen afgaan natuurlijk. Diezelfde maand ging ik weer aan de slag. Eind december was ik bijna volledig aan het werk toen het weer misging. Ik moest me volledig ziekmelden."

## HERKEN DE SIGNALLEN

Het is misschien cliché maar je lijf geeft duidelijke signalen af, die je zeker niet moet negeren. Vaak is dat makkelijker gezegd dan gedaan. "Je wil er voor collega's en patiënten zijn. Maar daarin schiet je het belangrijkste doel voorbij: jijzelf! Ik merk wel dat ik tegenwoordig voorzichtiger ben. Ik voel me nu goed en ben terug op mijn oude afdeling urologie. Als belangrijkste tip wil ik meegeven dat als je gaat re-integreren, doe dat dan op een andere afdeling. Als je niet lekker in je vel zit doordat er dingen zijn gebeurd, is het beter om daar niet continu aan herinnerd te worden. Daarnaast is het belangrijkste: let op elkaar. Spreek collega's aan als het niet gaat."

# APPLAUS ALLEEN IS NIET GENOEG

Ledenbrief cao - ziekenhuizen

Wat verpleegkundigen, verzorgenden en aanverwante professionals in het primaire proces al jaren wisten, is voor de maatschappij tijdens de coronapandemie duidelijk geworden. Zij zijn van vitaal belang voor het kunnen functioneren van onze maatschappij. Tijdens het afgelopen jaar is de waardering voor de beroepsgroep op vele manieren kenbaar gemaakt. Applaus, taart, boodschappen, vlaggen, posters enz. Het waren enkele manieren om deze waardering te uiten. Afgelopen jaar is ook pijnlijk duidelijk geworden dat de financiële waardering voor deze vitale beroepen achterloopt ten opzichte van de marktsectoren en de publieke sector. Nu de pandemie ten einde loopt, is het tijd om de waardering ook in financiële zin te laten zien. Met deze cao-inzet – die mede tot stand is gekomen voor en door leden van NU'91 – wil NU'91 stappen maken om de waardering in euro's om te zetten. Naast een financiële waardering zetten we in de komende onderhandelingen voor een nieuwe cao ziekenhuizen in op het terugdringen van werkdruk, herstel na de coronapandemie, zeggenschap in roosters en werktijden, instroom van jonge professionals en meer perspectief aan het einde van de carrière. Als je naar aanleiding van deze inzet nog vragen en/of aanvullende suggesties hebt, dan horen we deze graag van je. Je kunt dit doen door te mailen naar [jouwcao@nu91.nl](mailto:jouwcao@nu91.nl) ovv 'cao ziekenhuizen'.

Rolf de Wilde  
Hubert Vankan  
Onderhandelaren NU'91

## INZET NU'91 CAO ZIEKENHUIZEN

### 1. Inkomen

Voor verpleegkundigen, verzorgenden en aanverwante zorgprofessionals in het primaire proces is een aantrekkelijk salaris één van de voorwaarden om waardering en erkenning voor het zware werk te krijgen. Uit recent onderzoek van Algemene Werkgeversvereniging Nederland (AWVN) – mede in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) uitgevoerd – is aangetoond dat het salaris van verpleegkundigen, verzorgenden en aanverwante professionals 6 tot 9% achterloopt ten opzichte van de publieke sector en de marktsectoren. In het AAVN-onderzoek is de ORT niet meegenomen, terwijl deze in de afgelopen jaren binnen de zorg is versoberd. Uit een recente publicatie (intrakoop dd. 7-6-2021) blijkt dat vrijwel alle Nederlandse ziekenhuizen een positief resultaat hebben geboekt in 2020. Het wordt tijd dat verpleegkundigen, verzorgenden en aanverwante zorgprofessionals hiervan in het primaire proces profiteren.

- Wij willen afspraken met NVZ maken, in een plan van aanpak, over het inlopen van het verschil in inkomen voor werknemers in FWG 35 tot en met FWG 65 ten opzichte van de marktsectoren.
- Voor verzorgenden, verpleegkundigen en aanverwante professionals geldende loonschalen worden verhoogd met structureel 3%.
- Voor verpleegkundigen, verzorgenden en aanverwante professionals in het primaire proces, die aan het einde van de voor hen van toepassing zijnde loonschaal zitten, stellen wij voor de loonschalen met drie periodieken te verlengen.
- Om de instroom van jonge professionals aantrekkelijker te maken, stellen wij voor om de onderste twee periodieken te schrappen en daarmee het startsalaris te verhogen.
- Een eerste stap om te komen tot een hogere ORT-vergoeding is in de huidige cao, 2019-2021, gezet. NU'91 stelt voor om de onregelmatigheidstoeslag voor verpleegkundigen, verzorgenden en aanverwante professionals niet meer te maximeren, maar het voor de werknemer geldende uurloon als grondslag voor de ORT-berekening te nemen.
- Wij willen samen met NVZ onderzoek doen naar de verschillen in de beloning van onregelmatigheid tussen ziekenhuizen en de marktsectoren.
- Wij stellen voor om de bereikbaarheidsdienst voor verpleegkundigen, verzorgenden en aanverwante professionals te vergoeden met 50% per uur in tijd of het voor de werknemer geldende uurloon. Daarbij ligt de keuze voor de wijze van vergoeding bij de werknemer. Indien de werknemer wordt opgeroepen, geldt hetgeen in hoofdstuk tien van de cao ziekenhuizen is overeengekomen waar wordt gesproken over bereikbaarheidsdiensten.
- Op verzoek van de werknemer vergoedt de werkgever vanaf 2021 de vakbondscontributie voor een van de werknemersverenigingen die de werknemer heeft betaald. De werknemer overlegt een bewijs van betaling.
- NU'91 stelt voor om de huidige reiskostenvergoeding voor woon-werkverkeer te verhogen tot de fiscaal-vrije grens van 19 cent per kilometer. Naast een verhoging van de reiskostenvergoeding voor woon-werkverkeer stelt NU'91 voor dat parkeerkosten die de werknemer moet maken volledig worden vergoed.

### 2. Werkdruk

- Verpleegkundigen, verzorgenden en aanverwante professionals in het primaire proces hebben een zwaar beroep. In diverse sectoren zijn cao-afspraken gemaakt over eerder stoppen met werken op basis van de RVU-regeling (Regeling Vervroegd Uittreden). Met de RVU-regeling wil NU'91 in cao's afspraken maken die ervoor zorgen dat verpleegkundigen, verzorgenden en aanverwante professionals in het primaire proces tot drie jaar eerder kunnen stoppen voor de te verwachten AOW-datum. Zij krijgen in die periode een uitkering van hun voormalige werkgever van maximaal € 21.200,- per jaar. Werknemers in genoemde beroepsgroepen kunnen dit aanvullen door gedurende deze periode een deel van hun pensioen op te nemen. Deze regeling loopt van 1 januari 2021 tot en met 31 december 2028. Vereiste is dat deze werknemers die in de periode na 1 januari 2026 hiervan gebruik willen maken, daarover uiterlijk 31 december 2025 afspraken met hun werkgever gemaakt moeten hebben en uiterlijk 31 december 2028 hun AOW moeten ontvangen. Om het financieel makkelijker te maken dat de RVU-regeling voor veel (zwaar werk)-sectoren wordt ingevoerd, is in het pensioenakkoord afgesproken dat er 1 miljard euro beschikbaar komt voor de periode 2021 tot en met 2025. In augustus 2020 is hiervan de conceptsubsidieregeling beschikbaar gekomen onder de welluidende titel DIEU (Duurzame Inzetbaarheid en Eerder Uittreden).
- Generatiebeleid is er niet alleen voor de oudere werknemer. We willen afspraken met NVZ maken over een regeling waarin voor alle generaties de mogelijkheid wordt geboden om, naast de plb-regeling, verlof te kunnen sparen. Werknemers moeten de mogelijkheid krijgen om dit gespaarde verlof op te kunnen nemen om balans in de combinatie tussen werk en privé te kunnen aanbrengen. De fiscale grens m.b.t. het sparen van verlof is gemaximeerd op honderd weken.
- De bestaande afspraken, m.b.t. de in de cao opgenomen generatieregeling, worden aangescherpt en gedurende de looptijd van deze cao zal binnen elke instelling een generatieregeling binnen de kaders van bijlage D van de cao ziekenhuizen zijn overeengekomen. We willen afspraken met NVZ maken hoe wij de generatieregeling aantrekkelijker en toegankelijker kunnen maken voor verpleegkundigen, verzorgenden en aanverwante professionals binnen het primaire proces. Van de generatieregeling kunnen medewerkers in de periode van 1 januari 2021 tot 1 januari 2026 gebruik maken van de regeling indien zij in deze periode zestig jaar of ouder zijn of worden.
- Voor verpleegkundigen, verzorgenden en aanverwante professionals in het primaire proces leiden administratieve lasten tot een verhoging van de werkdruk. Wij willen afspraken met NVZ maken om de administratieve lastendruk voor deze groepen met 50% te verlagen.
- Voor stagiaires is het van groot belang dat zij een goede begeleiding en voldoende ruimte krijgen op de werkplek. Wij willen afspraken met NVZ maken over het boven formatief inplannen van stagiaires. De tijd die noodzakelijk is voor stagebegeleiding wordt in het rooster ingepland.

### 3. Opleiden en ontwikkelen

- De cao regelt dat opleidingskosten om de functie adequaat uit te oefenen volledig door de werkgever worden vergoed. Ook is opgenomen dat de werknemer recht heeft op scholing en opleiding voor uitoefening van een andere functie dan die hij uitoefent, als dat past in zijn loopbaanvooruitzicht. In de praktijk worden cursussen om de functie of een toekomstige functie uit te kunnen oefenen vaak geweigerd omdat het afdelingsbudget op is. Hiervoor dient een oplossing te komen.
- Wij stellen voor om een ontwikkelbudget voor verpleegkundigen, verzorgenden en aanverwante professionals binnen het primaire proces in te stellen. Het ontwikkelbudget bedraagt tenminste 1500 euro netto per jaar. Werknemers hebben eigenaarschap en zeggenschap over de invulling van dit budget.
- NU'91 stelt voor om in deze cao op te nemen dat er geen nawerkverplichting in opleidings- en scholingstrajecten van toepassing is.

# INZET NU'91 CAO ZIEKENHUIZEN

## 4. Roosters

- Bereikbaarheidsdiensten moeten ofwel als arbeidstijd, ofwel als rusttijd worden aangemerkt; een tussencategorie bestaat niet in de Europese Richtlijn voor arbeidstijden (Richtlijn 2003/88). Deze gaat er in de basis van uit dat er voor een werknemer die niet op de werkplek hoeft te zijn, maar slechts bereikbaar om bij een oproep aan werkzaamheden te verrichten, sprake is van rusttijd. Alleen de werkelijke tijd die hij besteedt aan de werkzaamheden na een oproep kan worden beschouwd als 'arbeidstijd'. Wanneer de werknemer op elk ogenblik opgeroepen kan worden om binnen een zeer korte periode aanwezig te zijn op de werkplek of een andere plaats, wordt hij/zij zo sterk beperkt in de besteding van zijn/haar vrije tijd, dat de bereikbaarheidsdienst in zijn geheel als arbeidstijd moet worden gerekend.
- Wij willen afspraken met NVZ maken over de wijze waarop de zeggenschap, over relevante ontwikkelingen in het werk van verpleegkundigen, verzorgenden en aanverwante professionals in het primaire proces, in de cao kan worden verbeterd en worden geborgd.
- Wij stellen voor om een vergoeding bij het ruilen van diensten op verzoek van de organisatie toe te kennen als het rooster binnen 72 uur van tevoren op verzoek van de werkgever wordt gewijzigd. Gelijk dit is overeengekomen bij de cao 2019 ev.
- NU'91 wil afspraken met NVZ maken dat, in schaarse functies, meer werken ook daadwerkelijk gaat lonen. Voor deze schaarse functies stellen wij voor dat uitbreiding van de contracturen voor die uren extra beloond wordt met een toeslag.
- NU'91 wil afspraken met NVZ maken op welke wijze wij de zeggenschap over de organisatie van de dagelijkse zorg in bijvoorbeeld roosters kunnen vergroten. Een gezamenlijk onderzoek naar implementatie van zelfroosteren is daartoe een eerste stap.

## 5. Overige voorstellen

- Er is meer te bespreken op instellingsniveau. Daarbij is een verhoging van de werkgeversbijdrage verdedigbaar. Wij stellen voor deze te verhogen met het percentage van de overeen te komen loonstijging van deze cao.
- Wij willen afspraken met NVZ maken over een driejarig programma waarin herstel van zorgprofessionals na de covidzorg wordt uitgewerkt.
- Wij willen de ingezette weg om deze cao algemeen verbindend te laten verklaren verder voortzetten en deze cao hiervoor aanbieden aan het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW).

Wij stellen een looptijd voor van 1 jaar: van 1 juli 2021 tot 1 juli 2022.

*Wij behouden ons het recht voor om gedurende de onderhandelingen voorstellen te wijzigen en of toe te voegen.*



## Dit artikel verscheen eerder in FLOOR

FLOOR is de glossy voor zorgprofessionals.  
De volgende FLOOR verschijnt op 1 september.

[floormagazine.nl](http://floormagazine.nl)

**NU'91**  
voor zorgprofessionals

Leden van NU'91  
ontvangen FLOOR  
bij hun lidmaatschap.

[nu91.nl](http://nu91.nl)



## Flow-c anesthesiemachine

### De c van compact

Een stampvolle planning. Verschillende patiënten. Complexe technieken. Dit zijn de uitdagingen waar u elke dag, elke operatie, mee wordt geconfronteerd.

Daarom hebben we de Flow-c ontwikkeld: een compact anesthesietoestel om uw dagelijkse werk makkelijker te maken.

Ontdek het nu!  
Elke. Ademteug. Telt.

[www.getinge.com](http://www.getinge.com)



GETINGE

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!

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](http://WWW.TRAUMA.NL)

### EXTRA EVENTS

- ONTBIJT SESSIES
- TOP KNIFE SESSIE & BASIC SCIENCE

### SPONSOREN

Diamond Sponsor:  
DePuy Synthes  
Stryker Nederland

Silver Sponsor:  
Pro-Motion Medical  
Mathys Orthopaedics

# Longschade is te voorkomen.

Er is steeds meer bewijs dat longprotectieve beademing op de OK voordelen heeft. U leest en ziet er alles over op onze website:

[www.draeger.com/ppc](http://www.draeger.com/ppc)

Dräger. Technology for Life®

Maak zélf het verschil met...  
FUNCTIE/NAAM etiketten!

[www.varilabel.nl](http://www.varilabel.nl)  
[info@varilabel.nl](mailto:info@varilabel.nl)

# Het belang van medicatie-identificatie

Medicatiefouten vormen een bedreiging voor het personeel en de patiëntveiligheid die vooral voorkomen bij medisch personeel die spuiten gebruiken. "Medicatiefout" wordt door de Nationale Coördinerende Raad voor Medicatiefout Rapportage en Preventie gedefinieerd als "elke vermijdbare gebeurtenis die ongepast medicijngebruik of patiëntschade kan veroorzaken of tot gevolg kan hebben terwijl de medicatie onder controle staat van de professionele gezondheid medewerker, patiënt of consument." <sup>1</sup>

Een medicatiefout kan niet alleen de gezondheid van een patiënt in gevaar brengen, maar ook effecten hebben op de familie en vrienden van de patiënt. De gevolgen voor de betrokken arts en het bijbehorende medisch instituut kunnen verwoestend zijn. Het is echter belangrijk om op te merken dat een medicatiefout wordt gedefinieerd als "te voorkomen".

Preventieve maatregelen zijn maatregelen van een medisch instituut om het risico op letsel of schade van personeel en patiënten te verminderen. Een Australische klinische evaluatie van de technische en milieueffecten op medicatiefouten in paramedische medicatie suggereert een aantal preventieve maatregelen die in de praktijk kunnen worden geïmplementeerd<sup>2</sup>. In de review wordt ook gekeken naar de effectiviteit van de Qlicksmart CheckCLIP bij het verminderen van incidenties en medicatiefouten in paramedische contexten.



CheckCLIP vs. Current Practices	CheckCLIP	Medical Sticky Tape	Hand Written Label	Drug Class Colour Coded Label
Attach ampoule to syringe	Yes	Yes	No	No
Visual cross checking of drug/dose details	Yes	Poor or obscured	No	No
View of syringe increments	Yes	No	No	No
Clear indication of drug concentrations	No	No	Yes, if written on label correctly	No
Prevent sharps injuries from glass ampoules	Yes	No	No	No
Clear indication of drug expiry date	Yes	No, obscured by taping	No	No
Risk of mix-up > Ampoule leaves hand during process	Almost nil > Ampoule does not leave hand	Potential > Ampoule leaves hand	Potential > Ampoule leaves hand	Potential > Ampoule leaves hand

## MEDICATIE EN SPUITVERWISSELING FOUTEN

Medicatiefouten doden minstens 1 patiënt per dag in Amerikaanse ziekenhuizen en nog eens 1,3 miljoen mensen raken elk jaar gewond voor een bedrag van \$ 6 miljard jaarlijks (bron 3,4). Een studie uitgevoerd door Department of Anesthesia, Sunnybrook en Women's College Health Science Centre, Universiteit van Toronto, Ontario, Canada toonde aan dat spuitverwisseling een van de meest voorkomende oorzaken van medicatiefouten (opgave door 70,4% van de 687 ondervraagde anesthesisten (bron 5)). Uit een Zuid-Afrikaanse studie bleek dat 94% van de deelnemers (125 van de 133) toegaven per ongeluk een verkeerd medicijn te hebben toegediend.

Geïdentificeerde oorzaken van medicatie fouten (bron6):

- Spuitwissel - 40%
- Verkeerde identificatie van geneesmiddelen - 27,1%
- Vermoeidheid - 14,1%
- Afdleiding - 4,7%
- Verkeerd labelen van spuiten - 4,7%

Factors Contributing to Medication Errors<sup>4</sup>



Het Qlicksmart CheckClip-medicatie-identificatie systeem kan preventief worden gebruikt door spuiten en ampullen/vials aan elkaar te bevestigen of etiketten over te plakken. Door de spuit via CheckClip te koppelen aan de bijbehorende medicijn ampul/vial, vermindert de CheckCLIP de kans op fouten en ongevallen aanzienlijk. Dit kan medisch personeel helpen om medicatie bij te houden wanneer hun aandacht elders nodig is. De CheckCLIP maakt gebruik van felle kleuren om het zicht bij weinig licht te behouden, kan worden bevestigd aan Luer- en Luer-lock-spuiten en maakt het mogelijk om de medicatie onbelemmerd waar te nemen.

Door het implementeren van de QlickSmart CheckCLIP en andere preventieve maatregelen kunnen o.a. OK artsen en assistenten, anesthesisten, SEH artsen, paramedici, verpleegkundigen en hun patiënten het risico op medicatiefouten verminderen en vervelende repercuussies voorkomen.

Om het risico op medicatiefouten in uw organisatie te verminderen, bestelt u CheckCLIP of regelt u een proef met Medzorg Nederland BV Qlicksmart-distributeur.



Nadere informatie en bestellingen bij Medzorg Nederland BV, T.0252-536200, [www.Qlicksmart.nl](http://www.Qlicksmart.nl), E: [orders@medzorg.nl](mailto:orders@medzorg.nl) en/of uw reguliere leverancier/groothandel.

### Verwijzingen:

1. Nationale Coördinatieraad medicatie foutrapportage en -preventie. 2005 Dec. NCC MERP: The First Ten Years "Defining the Problem and Developing Solutions", NCC MERP, Verenigde Staten. Verkrijgbaar bij: [www.nccmerp.org/consumer-information](http://www.nccmerp.org/consumer-information)
2. Dwarsligge, M. (2009). Technische en milieu-impact op medicatiefouten in de paramedische praktijk: een overzicht van oorzaken, gevolgen en strategieën voor preventie. Australasian Dagboek van Paramedicine, 7(3). <https://doi.org/10.33151/ajp.7.3170>
3. Harden, S. (2006). "One Death Per Day Due To Medication Errors: Hospitals Seek Improvement By Learning From The Best In Aviation". Press Release Newswire.
4. Kohn, L. T., J. Corrigan, et al. (1999). To Err is Human - Building a Safer Health System, IOM HealthGrades Study, National Academy Press.
5. Orser, B. A., R. J. Chen, et al. (2001). "Medication errors in anesthetic practice: a survey of 687 practitioners." Can J Anaesth 48(2):139-46.
6. Gordon, P. C., R. L. Llewellyn, et al. (2006). "Drug administration errors by South African anaesthetists--a survey." S Afr Med J 96(7): 630-2.
7. Waterman AD, G. J., Hazel E, et al (2007). "The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada." Jt Comm J Qual Patient Saf 33: 467-476.
8. "2007 Study of Injectable Medication Errors - An Independent Study Sponsored by the American Nurses Association and Invivo Medical Devices." from [www.nursingworld.org/MainMenuCategories/OccupationalandEnvironmental/occupationalhealth/SafeNeedles/2007InvivoStudy.aspx](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/OccupationalandEnvironmental/occupationalhealth/SafeNeedles/2007InvivoStudy.aspx)

**GEEF KINDEREN  
MET EEN**

**ENERGIESTOFWISSELINGSZIEKTE**

**KANS OP EEN  
TOEKOMST!**



**Doneer en Steun Stichting Energy4All  
op weg naar een medicijn**





# MITO-WAT?!?

## Wat is een energiestofwisselingsziekte?

Elke week worden er kinderen geboren met een energiestofwisselingsziekte. Bij de ernstige vormen van de ziekte overlijdt een deel van deze kinderen al voor hun tiende levensjaar en haalt slechts één op de drie kinderen de volwassen leeftijd. Naar schatting worden 1:5000 kinderen geboren met een energiestofwisselingsziekte. Een genadeloze ziekte, waar nog geen enkel medicijn voor is. Het onderzoek naar een medicijn is van levensbelang voor alle kinderen en volwassenen die deze ziekte hebben of in de toekomst deze vreselijke diagnose krijgen.



### ENERGIESTOFWISSELINGSZIEKTE

Energiestofwisselingsziekte, ook wel mitochondriële ziekte of kortweg mito genoemd, is een verzamelnaam voor alle ziekten waarbij de energiestofwisseling niet optimaal werkt. De omzetting van suikers, vetten, en eiwitten naar energie vindt plaats in onze cellen door mitochondriën. Dat zijn de energiecentrales van ons lichaam die deze voedingsstoffen omzetten naar energie. Bij een energiestofwisselingsziekte werken de mitochondriën niet goed of zelfs helemaal niet meer. Door het energietekort en de afvalstoffen die achterblijven ontstaan verschillende klachten met vaak ingrijpende gevolgen.

### KLACHTEN

Iedere energiestofwisselingsziekte uit zich op een andere manier. Klachten kunnen al kort na de geboorte ontstaan, maar ook in de jaren erna of zelfs pas op volwassen leeftijd. De klachten kunnen variëren van mild tot zeer ernstig; van ernstige vermoeidheid tot meervoudige handicaps, zowel lichamelijk als geestelijk. De patiënten kunnen meestal niet of niet meer lang lopen, waardoor zij aangewezen zijn op een rolstoel. Door de spierzwakte zijn er problemen met slikken en kan sondevoeding helpen. De delen van het lichaam die de meeste energie nodig hebben, zoals de hersenen, het hart, de lever en de spieren, worden het zwaarst getroffen. Als ook de hersenen en hartsier aangetast zijn, kan dit bijvoorbeeld leiden tot een geestelijke handicap, epilepsie en hartproblemen. Dit is slechts een greep uit de verschillende klachten die zich voordoen bij deze ziekten. Het aantal klachten neemt meestal toe naarmate patiënten ouder worden. De ziekte is progressief.

### DIAGNOSE

Door de verschillende klachten kan het even duren voordat artsen alles bij elkaar als een energiestofwisselingsziekte herkennen. Daarna volgen vele onderzoeken. De uiteindelijke diagnose wordt gesteld aan de hand van een combinatie van klinische klachten en verschijnselen, en laboratoriumonderzoeken (waaronder biochemisch spier- en huidcellen biop onderzoek en DNA onderzoek). Fouten in het DNA van

de celkern geven vaak in de eerste levensjaren al ernstige klachten. Daarnaast kan de fout ook zitten in het eigen DNA van de mitochondriën. Hier gaat het vaak om jongeren en volwassenen die langzamerhand steeds zieker worden.

### NOG GEEN MEDICIJN, MAAR ONDERZOEK IS VERGEVORDERD

Professor Jan Smeitink heeft er zijn levenswerk van gemaakt om een medicijn te ontwikkelen. Samen met een team van Khondrion en het Radboudumc werkt hij onvermoeibaar door om deze genadeloze ziekte te stoppen. De afgelopen jaren zijn er grote stappen gezet in het onderzoek, en de resultaten zijn hoopgevend. Inmiddels is er een potentieel geneesmiddel Sonlicromanol dat al is getest op volwassen patiënten in de fasen 2a en 2b van het onderzoek. En in April is het onderzoek zelfs al begonnen bij kinderen met de ziekte, heel bijzonder dat deze kleine helden ook meehelpen door het testen van het medicijn.

Nu krijgt men bij de diagnose nog het vreselijke bericht dat er geen enkel medicijn is tegen de ziekte. **Dat moet veranderen.** Daarom levert Stichting Energy4All al 15 jaar financiële bijdragen voor de continuering en waar mogelijk versnelling van het onderzoek. Dat blijven we doen tot het medicijn er is. Het onderzoek is inmiddels vergevorderd met elke fase weer een belangrijke stap vooruit. De eindstreep komt steeds dichterbij.

Draag ook een steentje bij met een donatie, deelname aan Energy4All evenementen, sponsoring, organisatie van een eigen actie of word donateur!  
[www.energy4all.nl](http://www.energy4all.nl)



Vrijdag 1 oktober • 09.30 - 13.00 uur

# DJS Congres 2021

professie met passie

Als a(n)ios wil je je ontwikkelen tot een goede dokter. Hoe onderscheid je je in de huidige arbeidsmarkt? Hoe houd je alle ballen in de lucht? Hoe ga je om met weerstand in je ziekenhuis? Tijdens het DJS Congres, het enige discipline-overstijgende congres voor aios, anios en arts-onderzoekers, kun je live **online workshops** over dit soort onderwerpen volgen.

Meer weten en aanmelden?  
<https://djscongres.yellenge.nl>



## Programma

- Stel zelf je programma samen en volg drie workshops naar keuze uit een aanbod van in totaal 15 verschillende keuzesessies. De sessies gaan over zaken die tijdens de medisch-specialistische vervolgopleiding niet aan bod komen.
- Tijdens het congres wordt de Opleidingsprijs 2021 uitgereikt aan de beste opleider van Nederland. Bij aanmelding kun je je stem uitbrengen op de drie genomineerden.

## Praktische informatie

- Als je lid bent (of wordt) van De Jonge Specialist (DJS) betaal je 30 euro; niet-leden betalen 65 euro.
- Als lid van DJS kun je gebruikmaken van alle dienstverlening en lidmaatschapsvoordelen. Zo kunnen we je loopbaanondersteuning bieden en kun je via de DJS Academie interessante trainingen en cursussen volgen. Ook kun je een gratis roostercheck laten uitvoeren en contact opnemen met het DJS Meldpunt als je tegen problemen aanloopt in je werk of tijdens je opleiding.
- Als je lid wordt van DJS, kun je ervoor kiezen zonder extra kosten ook lid te worden van de LAD. Via de LAD heb je recht op gratis rechtshulp, ben je aangesloten bij de KNMG en wordt je stem vertegenwoordigd aan cao-tafels. Meer weten? Kijk op [dejongespecialist.nl/lidmaatschap](http://dejongespecialist.nl/lidmaatschap).

Het DJS Congres wordt georganiseerd door:

De Jonge Specialist, de Federatie Medisch Specialist, de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) en VvAA



# Patiënt positionering oplossingen voor laparoscopie en robot chirurgie



Model in 40° Trendelenburg, hier getoond met PatientGuard™ 600 Robot Stirrups, ArmGuard™ rail gemonteerde arm bescherming en TrenGuard™ HYBRID 450 (één van de schouderkussens is doorzichtig gemaakt voor betere visualisatie)

**PatientGuard™ Robotic Positioning System**  
FEATURING

## 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.

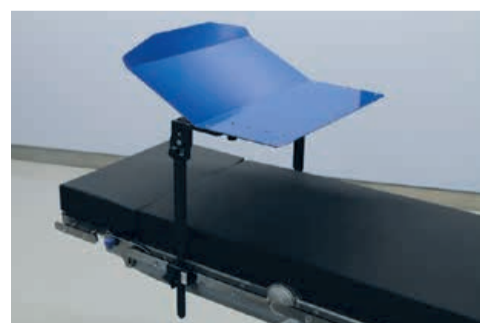
Bezoek [www.da-surgical.com](http://www.da-surgical.com)  
voor de research poster:  
**'Preventing patient sliding  
in steep Trendelenburg'**



**TrenGuard™**  
Trendelenburg Restraint



**ArmGuard™**  
Arm Protector



**FaceGuard™**  
Face Protector/ Tray



**PatientGuard™**  
Robotic Stirrups™



CALL US  
+32 92 339 037  
+1 800.261.9953

EMAIL US  
[info@careforhealth.eu](mailto:info@careforhealth.eu)  
[da-surgical.com](http://da-surgical.com)



TrenGuard™ Covered by Patent # 9149406B2, Multiple Patents Pending Copyright 2018 D. A. Surgical All Rights Reserved L1097IA7

ACCURAAT TEMPERATUUR METEN  
MET DE **TAT-5000S**  
IN 3 EENVOUDIGE STAPPEN

**Stap 1**



Druk op de knop en houdt deze ingedrukt

**Stap 2**



Beweeg de thermometer voorzichtig over het voorhoofd van de patient

**Stap 3**



Laat de knop los en lees de temperatuur

**DE VOORDELEN VAN DE TAT-5000S**

- Snel in het accuraat meten van de kerntemperatuur
- Ondersteund door meer dan 85 klinische studies
- Uiterst comfortabel voor de patient
- Zeer sterke kunststof behuizing
- Eenvoudig in gebruik
- Hoge productiviteit
- 7 jaar garantie

**WIL JE MEER WETEN?**

Neem contact op met onze distributeur:  
**Van Vliet Medical Products**  
085-487 21 70  
[infoproducts@vanvlietmedical.nl](mailto:infoproducts@vanvlietmedical.nl)

ACCURACY MATTERS

