



In dit nummer onder andere:

Kirsten Okkerse wint
Young Professional
Award 2021

3

Jopie konijn, steun
en toeverlaat op de
kinderafdeling

9

Het Apeldoornsche
Bosch: vluchten of
blijven verzorgen?

14

Culturele verschillen
en discriminatie in de
Nederlandse zorg

18

Comparison between BladeFLASK and BladeFlask EVO



BladeFLASK



BladeFlask EVO



- Single-handed blade removal compliant with sharps safety regulations ✓
- Removes and contains 100 blades ✓
- Can be disposed of as a sharps container ✓
- Can be mounted using the Universal Mounting Bracket ✓
- Popular Markets:

Hospitals, Doctor Clinics, Surgery Centres, Laboratories, Universities, Podiatry, Veterinary, Industrial, Aged Care, Pharmaceutical

Central Sterilisation Department, Mortuary/ Autopsy, Embalmers, Dental Surgery, Ophthalmology, Dermatology, Plastic Surgery

Compatible Handles:

- #3, 3L, 4 4L, 5, 7, 9, BP handles ✓
- Lawton long handles ✓
- Bulbous (PM6, PM8) handles ✗
- Hexagonal handles ✗
- Circular handles ✗
- Barron handles ✗

Compatible Blades:

- #6, 9, 10 10a, 11, 11P, 12, 14, 15, 15a, 15c, 16, 19, 20, 21, 22, 22a, 23, 24, 25, 25a, 27, E11, Sabre D/15, BP blades incl & up to #36 ✓
- All commercially available BP scalpel blades including and up to #PM60A, PM60B, PM70 ✗



For sterile scalpel blade removal...



BladeCASSETTE



BladesINGLE



BladeNeedleSYSTEM

Product video:

Scan to see them in action!

Nadere informatie en bestellingen bij uw reguliere groothandel of Medzorg Ned BV
0252-536200 | www.qlicksmart.nl | orders@medzorg.nl



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



Scan to see the SnapIT in action!



Scan to see the CheckCLIP in action!



Ampoule opener
SnapIT



Medication Identification
CheckCLIP



Safety

Nadere informatie en bestellingen bij uw reguliere groothandel of Medzorg Ned BV,
T.0252-536200 , www.qlicksmart.nl , E. orders@medzorg.nl



Grote gevolgen van Covid-19 bij zorgpersoneel

Gedurende het begin van de Corona-crisis is er veel gevraagd van zorgmedewerkers, zowel op de Intensive Care, als op reguliere afdelingen. Uit een peiling onder het zorgpersoneel op de IC blijkt dat meer dan de helft van de operatieassistenten zich geen onderdeel voelde van de IC. Dit zei Mark van Zuylen, anesthesioloog in opleiding in het Amsterdam UMC – Locatie AMC, tijdens het LVO Congres afgelopen maand.



Mark van Zuylen sprak tijdens het LVO Congres.

De gevolgen die het zorgpersoneel ervaarde werden versterkt doordat er continue veranderingen plaatsvonden en er van collega's verwacht werd snel te schakelen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het uitvoeren van taken waar iemand zich minder bekwaam in voelde of de extra fysieke belasting door het moeten dragen van beschermende kleding. Ook emotioneel was het voor velen zwaar. Sommige reguliere taken zoals familiecontact moesten worden opgegeven of juist volledig door een enkele groep collega's op zich worden genomen.

Men liep tegen morele vraagstukken en dilemma's zijn aan. Sommige morele dilemma's waren nieuw, andere dilemma's zijn van alle tijden maar werden in deze context uitvergroot. Morele vraagstukken en dilemma's kunnen kansen bieden om samen af te stemmen en de (organisatie van) zorg waar

nodig te verbeteren. Morele vraagstukken en dilemma's kunnen soms ook stress (soms 'morele stress' genoemd) veroorzaken.

'Wij hebben getracht de ervaringen, geleerde lessen en ook behoeften als het gaat om morele vraagstukken en dilemma's in kaart te brengen, om gezamenlijk te leren van wat goed ging, of wat meer, minder, andere aandacht behoeft', aldus Van Zuylen. Het onderzoek werd uitgevoerd onder al het zorgpersoneel op de IC van het Amsterdam UMC – Locatie AMC, en wilde een samenvatting van bovenstaande aan het personeel teruggeven. Want het belang van goede zorg voor jezelf en elkaar, en het goed omgaan met morele vraagstukken en dilemma's, is de afgelopen periode nog sterker geworden!

Er deden uiteindelijk 179 respondenten (incl. artsen en verpleegkundigen, van binnen en buiten de IC), waaronder 13 operatieassistenten mee aan het onderzoek. Het bevestigt dat IC-medewerkers tijdens de eerste golf morele dilemma's ervoeren rondom de kwaliteit van zorg en beslissingen rondom het levenseinde, en dat dit gepaard ging met tot grote bezorgdheid en verminderd werkplezier, wat mogelijk de (wellicht al aanwezige)

morele stress verhevigde. Tegelijkertijd leek het ethisch klimaat positief te worden ervaren: er was vertrouwen in elkaars handelen, grote waardering voor de teamsamenwerking en openheid en respect bij het bespreken van verschillende standpunten. Artsen en verpleegkundigen verschilden hierin wel: verpleegkundigen ervoerden soms minder erkenning of ruimte voor openheid.

Dit geeft de mogelijkheid om niet alleen met elkaar terug te blikken maar ook om vooruit te kijken. Bijvoorbeeld: welke resultaten worden nu – na meerdere COVID-19-golven – nog herkend en wat is er nu en in de toekomst te versterken of te verminderen? Of: wat kunnen we doen met de vele positieve suggesties en tips die gedeeld werden? Wat willen we wel (en wat niet) meenemen naar het 'nieuwe normaal'? Welke rol kan ethiek support en moreel beraad hebben in het omgaan met morele vraagstukken of het aanpassen van bestaand beleid? De resultaten bieden voldoende aanknopingspunten voor een dergelijke concrete dialoog hierover met elkaar. Een dialoog over welk nieuwe normaal, en waarom, kan een eerste stap zijn naar het leren van de COVID-19 crisis en het werken aan veerkracht op individueel, team en organisatieniveau.

KIRSTEN OKKERSE WINT YOUNG PROFESSIONAL AWARD 2021

Operatieassistent Kirsten Okkerse (21 jaar) wint de Van Straten Young Professional Award, scriptieprijs voor operatieassistenten. Zij is gediplomeerd als operatieassistent in Rijnstate Arnhem.

Haar onderzoeksvraag was: Permeabiliteit: hoe zit dat met de veiligheid? Permeabiliteit (oftewel, doorlaatbaarheid) van steriele handschoenen is een relatief onbekend onderwerp binnen de operatiekamers. Toch werken we als leden van het operatieteam elke dag vaak meerdere malen met steriele handschoenen. Uit onderzoeken die in de literatuur staan beschreven, blijkt dat permeabiliteit een risico vormt voor de patiënt en het steriele operatieteamlid. Op het operatiekamercomplex van ziekenhuis Rijnstate in Arnhem is geen protocol aanwezig met betrekking tot de permeabiliteit van steriele handschoenen. 'Juist daarom wekte dit onderwerp mijn interesse. En daarom neem ik ook jullie graag mee in mijn onderzoek en de resultaten', zo vertelde Okkerse in haar presentatie.

De hoofdpunten die aan bod kwamen: Wat is permeabiliteit? Wat zegt de wetenschap? Hoe is de situatie in ziekenhuis Rijnstate? Wat kunnen we concreet met elkaar doen om veiligheid te verhogen en risico's te verminderen? Met als hoofdonderwerp en de vraag: hoe zit het met onze veiligheid, en met de veiligheid van de patiënt?

Zij deed uitvoerig onderzoek en kwam tot de volgende conclusies: handschoenen worden na 90 tot 150 minuten permeabel, microperforaties laten bacteriën door en op tijdsduur vindt er niet vaak handschoenenwissel door in haar ziekenhuis.

Kirsten wilde gelijk vanaf de havo de opleiding gaan doen. Van jongs af aan wilde zij al in de zorg werken. Werken en leren tegelijk, in een technisch beroep met patiëntenzorg leek haar heel mooi. Operatieassistent paste het beste daarbij en zij vindt het nog steeds heel erg leuk.



Kirsten Okkerse (midden) wint Young Professional Award.



TRANSFORMING THE SURGICAL JOURNEY



See what's possible at
www.zimmerbiomet.eu/medical-professionals/zb-connect/mymobility



Apple Watch and iPhone are registered trademarks of Apple, Inc. This material is intended for healthcare professionals. Distribution to any other recipient is prohibited. Check for country product clearances and reference product specific instructions for use. For ROSA Knee indications, contraindications, warnings, precautions, potential adverse effects and patient counselling information, see the package insert or contact your local representative; visit www.zimmerbiomet.eu for additional product information. ©2021 Zimmer Biomet

‘Trots op mijn studenten’

Jeanette Kleinrouweler-Wissink (59) is operatieassistent, maar vooral praktijkopleider in het Rijnstate Ziekenhuis in Arnhem. De ideale combinatie.

Tekst: Ingrid Lutke Schipholt | Foto: Ivonne Zijp

Jeanette Kleinrouweler-Wissink met operatieassistenten in opleiding.



WELKE ROUTE HEB JE GEVOLGD OM OPERATIEASSISTENT TE WORDEN?

‘Ik ben in 1981 na mijn vwo-diploma begonnen met de inservice-opleiding in het toenmalige Streekziekenhuis Zevenaar. Na mijn diplomering werkte ik in Tiel, ook in een redelijk klein ziekenhuis. Daarna kwam ik in Arnhem te werken in het toenmalige Diaconessenhuis. Daar deed ik meestal orthopedie.’

JE BENT NU PRAKTIJKOPLEIDER. HOE BEN JE DAT GEWORDEN EN WAT DOE JE DAN?

‘In 1991 ben ik betrokken geraakt bij de opleiding van operatieassistenten. Aanvankelijk was ik werkbegeleider van studenten op de OK en had ik één uurtje in de week gesprekken met studenten. Als werkbegeleider leg je uit hoe het eraan toe gaat tijdens de betreffende operatie en zorg je ervoor dat ze hun werk goed doen. Het opleiden van operatieassistenten kreeg een andere inhoud toen in 1995 een grote fusie tot stand kwam van drie ziekenhuizen in Arnhem. Na de post-hbo-opleiding Praktijkopleider in de gezondheidszorg, werd ik werd officieel praktijkopleider. Daarnaast waren er werkbegeleiders van studenten. Die werken met studenten op de OK. Als praktijkopleider ondersteun ik de werkbegeleiders en verder onderhoud ik contacten met de hogeschool, doe ik scriptiebegeleiding, voer ik voortgangsgesprekken met en maak ik plannings voor de studenten. Dit doe ik twee dagen per week en ik sta twee of drie dagen op de OK.’

WAAR BESTAAT HET CONTACT MET DE STUDENTEN VERDER UIT?

‘Op de dagen dat ik op de OK werk, begeleid ik ook studenten. Dan ben ik dus ook werkbegeleider. Als praktijkopleider heb ik geregeld gesprekken met studenten. Ik ben hun vertrouwenspersoon. Ik voer dus voortgangsgesprekken, maar ik heb ook gesprekken *off the record*. Vaak zijn het adolescenten die in de grote boze wereld terechtkomen. Operatieassistenten zijn doorgaans goed gebekt en dat is soms lastig voor deze studenten. Dan zijn dit soort gesprekken fijn voor ze. Ik vraag dan hoe het met ze gaat, of alles oké is en waarmee ik ze kan helpen. Dat vind ik een heel leuk gedeelte van mijn werk als praktijkopleider.’

WELKE STROMEN VAN STUDENTEN EN LEERLINGEN ZIJN ER BIJ JULLIE?

‘We hebben te maken met drie soorten opleidingen: de inservice-opleiding tot operatieassistent van de HAN (Hogeschool Arnhem en Nijmegen), die van de UMC Utrecht Academie en sinds kort de opleiding tot bachelor medisch hulpverlener (BMH). De studie BMH is redelijk nieuw. De studenten krijgen eerst twee jaar theorie van vijf beroepen: ambulancemedewerker, operatieassistent, anesthesiemedewerker, medewerker spoedeisende hulp en medewerker cardiologie. Vanaf het derde leerjaar werken de operatieassistenten en anesthesiemedewerkers op de OK. De opleiding lijkt dan op de inservice-opleiding. Ze werken drie of vier dagen in de week en gaan één dag naar school.’

ER IS EEN TIJD GEWEEST DAT DE SFEER OP DE OK DOOR JONGE MENSEN ALS BEDREIGEND WERD ERVAREN. MERK JE DAAR NOG IETS VAN?

‘Ik denk dat studenten anders zijn dan vroeger. Ze zijn nu beter bestand tegen kritiek. De sfeer op de OK is over het algemeen heel gezellig. Maar, ik denk ook wel dat je moet leren om heel nauw samen te werken. Je moet alles durven te delen met je collega. En je moet ook tegen een operateur durven vragen: “Gaat dit wel op de juiste manier? Zijn we nu met z’n allen goed bezig?” Dat vergt communicatief de juiste vaardigheden en dat moet je ook durven.’

NAAST JE ROL ALS PRAKTIJKBEGELEIDER, STA JE OOK NOG ALTIJD OP DE OK. BIJ WELK SPECIALISME ASSISTEER JE HET MEEST?

‘Ik sta één tot twee dagen per week op de OK. Nu ik niet nog meer dagen assisteer, is orthopedie voor mij niet meer bij te houden. Orthopedie verandert heel snel en de ontwikkelingen bijhouden kost tijd. Ik sta nu meestal bij urologie. En verder ook bij gynaecologie en algemene chirurgie.’

WAT VIND JE ZO BOEIEND AAN UROLOGIE?

‘Behalve assisteren bij de robotchirurgie, doe ik mee bij alle typen operaties. Dit zijn alle endoscopische ingrepen, zoals een URS en een PNL. Daarnaast sta ik vaak bij de open ingrepen. Er worden niet zo heel veel grote urologische operaties open gedaan in de meeste ziekenhuizen.

Dus als er een grote urologische operatie gedaan moet worden, dan gebeurt dat vaak in ons ziekenhuis. Dus een paar keer per maand doen we een Bricker, nefrectomie of prostatectomie.’

WAAR BEN JE TROTS OP IN JE WERK?

‘Ik ben trots op mijn studenten. Het is een pittige opleiding en ik ben als een moeder die haar kind loslaat als ze na veel zwoegen hun diploma in ontvangst nemen. Dus minimaal één keer per jaar ben ik heel trots, namelijk als de diploma’s worden uitgereikt.

Ik vind mijn werk na zo veel jaren nog steeds het allerleukste werk dat er bestaat. En dan bedoel ik niet alleen het praktijkopleider zijn, maar ook op de OK staan.’

WAAR LOOP JE TEGENAAN?

‘Wat mij mateloos frustrateert, is de manier waarop er tegen ons operatieassistenten aangekeken wordt. Wij hebben kennelijk nog steeds geen beroep maar een functie. Iedereen mag zich zo maar operatieassistent noemen. Ik kan daar heel boos over worden. LVO-voorzitter Nicole Dreessen heeft al zo veel werk verzet om de operatieassistent in het BIG-register te krijgen. Dan moet er toch iemand zeggen: “Jullie hebben gelijk, jullie moeten echt een apart beroep worden en natuurlijk erkend worden.” Ik moet er niet te veel over na te denken, want dan word ik moedeloos. Er is een groep (de LVO, red.) mee bezig en ik hoop dat het ooit goed komt. We doen zo veel voorbehouden handelingen en het wordt niet gezien. Ik vind het heel erg dat het óók niet gezien wordt door mensen die er iets over te zeggen hebben.’

JE BENT ACTIEF GEWEEST VOOR DE LVO. WAT HEB JE ZOAL GEDAAN?

‘Van 1991 tot afgelopen maart ben ik actief geweest bij de LVO. Alleen tijdens de zwangerschap ben ik er even uit geweest. Ik was actief binnen de commissies Onderwijs en Congres. Toen ik tijdelijk moest stoppen, heb ik twee collega’s bereid gevonden zich in te zetten voor de LVO. Maaike Baerends houdt zich bezig met de commissie PR & Voorlichting en Rosita de Herder met de commissie Congres. Ik ben nog wel LVO-ambassadeur. Ieder ziekenhuis heeft een LVO-ambassadeur voor de belangenbehartiging.’

RIJNSTATE IS EEN OPLEIDINGSZIEKENHUIS. WAT MERK JE DAARVAN?

‘We hebben een groot complex met veertien OK’s. Er werken veel artsen in opleiding tot specialist (aios). Eén van onze taken is dat je oplettend bent. De opleidende arts is zelf niet altijd aanwezig. Dan zijn wij er om de boel in de gaten te houden. Als een operatie door een aios gedaan wordt, dan staan wij extra op te letten. Wij hebben veel meer ervaring. Die extra oplettendheid is dan heel belangrijk.’

HEB JE NOG AMBITIES? WELKE?

‘Ik vind het werk dat ik nu doe ontzettend leuk en hoop dat voorlopig nog te blijven doen. Ook het praktijkopleider zijn hoop ik tot mijn pensioen te blijven doen. Genoeg ambitie dus voor mij.’



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 duurzaamheidsaspiraties 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.



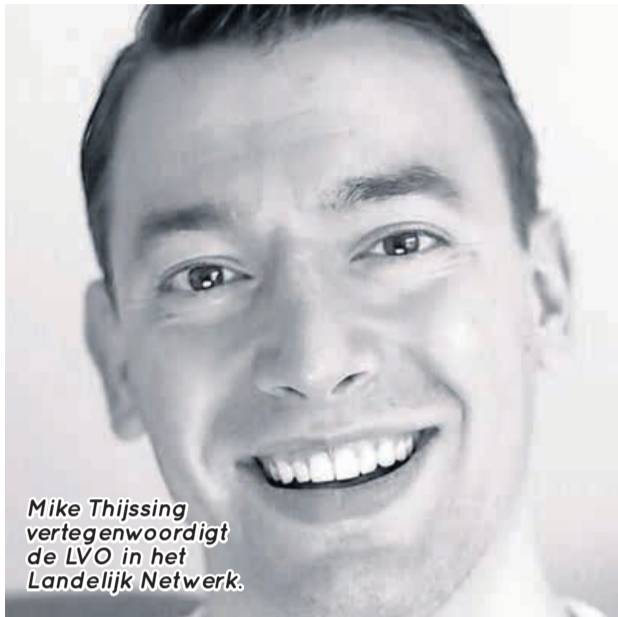
VANGUARD Ultrasonic Shears

Startsein voor meer duurzaamheid.



VANGUARD Ultrasonic Shear ETS7, ETM7, ETS+ETM+

Green Team op een derde OK's



Mike Thijsing vertegenwoordigt de LVO in het Landelijk Netwerk.

Op een derde van de OK's is een Green Team actief. Dit meldde Mike Thijsing tijdens het LVO-congres eind november. De Young Professionals zochten in opdracht van het Landelijk Netwerk De Groene OK uit hoe het gesteld is met de verduurzaming van operatieafdelingen.

De resultaten zijn afkomstig van operatiepersoneel van 34 ziekenhuizen. Bij vijftien procent van de OK-afdelingen is men bezig met verduurzamen van zorg. Maar slechts bij twintig procent van de OK-afdelingen houdt men zich bezig met het hergebruik en recyclen van grondstoffen.

Het is de bedoeling dat de vragenlijst elk jaar wordt herhaald. Het Landelijk Netwerk De Groene OK gaat ervoor zorgen dat Green Teams beter gaan samenwerken.

De klimaatverandering is een grote bedreiging voor onze gezondheid en de planeet. Duidelijk is dat de OK 30 - 40% van alle medische materialen gebruikt in een ziekenhuis en genereert 25 - 30% van het ziekenhuisafval. Dit komt door onder andere het gebruik van disposable instrumentarium, broeikasgassen door anesthesiedampen en medicijnresten. Daarmee heeft de OK een grote impact op de footprint van het ziekenhuis.

LANDELIJK NETWERK
DE GROENE OK.



Afscheid van twee LVO-bestuurders

Het bestuur van de LVO is tijdens het LVO-congres grotendeels herkozen. Het neemt afscheid van twee leden: Jeanine Stuart en Monique de Kort. Zij hebben zich jarenlang ingezet voor de Landelijke Vereniging van Operatieassistenten.

Voor hen in de plaats zijn Linda Marquez Cisneros en Thomas Kerres.



Na hun aftreden kregen Jeanine Stuart (midden) en Monique de Kort (rechts) bloemen van LVO-voorzitter Nicole Dreessen (links).



Maquet Otesus Een flexibel OK-tafelsysteem

De Maquet Otesus is ons innovatieve en flexibele operatietafelconcept. Het biedt comfort en meer ergonomie, evenals een verbeterde patiëntveiligheid.

Dankzij het Easy Click systeem bouwt u de tafel snel op. Het brede scala aan verstelmogelijkheden, zorgt voor eindeloos veel positioneringsopties.

Meer weten? Scan de QR-code.

www.getinge.com



GETINGE

LVO-Congres groot succes

Op donderdag 25 november kwamen bijna 250 deelnemers virtueel bij elkaar tijdens het LVO-congres met het thema De nieuwe wereld. Hieronder een impressie van de dag.



Foto's: Hennie Mulder





Jopie konijn, steun en toeverlaat op de kinderafdeling

De kinderafdeling van Maasziekenhuis Pantein in Beugen (Boxmeer) heeft een bijzondere bewoner, Jopie genaamd. Jopie is het huiskonijn van de afdeling. Hij huppelt er, meestal met pedagogisch medewerker Berry Geurts in zijn kielzog, geregeld over de gangen.

Tekst Myrna Linders, De Jonge Specialist, aios jeugdgezondheidszorg
Geplaatst in magazine De Jonge Specialist september 2021

Geurts stond zelf aan de wieg van het idee om een huisdier op de afdeling te krijgen, inmiddels al 45 jaar geleden. "Vroeger moesten kinderen vaak langer in het ziekenhuis verblijven dan nu", vertelt Geurts. "Ouders mochten maar één keer per dag op bezoek komen. De meeste kinderen kwamen van de boerderij, dus op een gegeven moment hebben we gekeken naar een huisdier, zodat de kinderen zich meer thuis zouden voelen." Een kinderarts zocht uit voor welk (knuffelbaar) huisdier kinderen het minst vaak allergisch zijn. Dat bleek het konijn en de keuze viel op een Vlaamse reus. Dit was het eerste konijn Jopie, nog velen zouden de jaren daarna volgen.

AFLEIDING

Het konijn heeft gedurende de jaren een belangrijke rol gekregen in het behandelproces. Geurts: "Als de behandeling het toelaat, gaat Jopie mee naar de onderzoekskamer, radiologie of bloedafname. Jopie zorgt voor afleiding." Er wordt goed gelet op de veiligheid en hygiëne. Zo is er altijd iemand van het personeel in de ruimte aanwezig als Jopie rondhuppelt. En ook aan zijn welzijn is gedacht. Geurts: "Als Jopie in zijn binnenhok zit, mag hij door niemand gestoord worden. Jopie komt zelf uit zijn hok als hij behoefte heeft aan aandacht."

Voor Jopie doen kinderen alles

Er zijn protocollen geschreven om de hygiëne te waarborgen en het hok wordt regelmatig grondig schoongemaakt. Vlak vóór een operatie mag er niet meer geknuffeld worden met Jopie. Geurts: "Wij laten hem dan wel rondlopen op de kamer. Als je ziet wat een afleiding dat geeft, kinderen worden er helemaal blij van. Ze hebben dan de focus even helemaal ergens anders op. Sommige kinderen herinneren zich na een operatie niks meer van de hele voorbereiding, maar wel het konijn." Geurts herinnert zich nog een meisje van twee jaar oud dat ernstig ziek was. Geurts: "Zij moest infusen krijgen en dit ging zo moeizaam dat zij hiervoor

naar de verkoeverkamer moest. Toen kwam Jopie in beeld en vanaf dat moment was het meisje alleen nog maar bezig met hem. Na haar opname moest het meisje geregeld terugkomen voor onderzoeken en bloedafname. Het meisje onderging alles moeiteloos, als ze daarna maar naar Jopie mocht."

Een huisdier op de kinderafdeling is zo van meerwaarde

TROOST

Geurts ziet dat Jopie een steun is voor kinderen die lang in het ziekenhuis moeten verblijven: "Het zijn maar hele kleine momentjes, maar voor de kinderen hebben die zoveel waarde. Verdrietig en pijnlijk genoeg zijn er kinderen overleden. Bij de

uitvaart kwam er soms een fotoreportage voorbij van het kind en dan zie je Jopie daar heel vaak op terugkomen. Zo belangrijk is Jopie dus, als lichtpuntje in een ziekteproces." Geurts vervolgt: "Er was eens een meisje hier in het ziekenhuis overleden. Haar zusje vroeg of Jopie bij het meisje mocht om afscheid te nemen en de ouders van het meisje vonden dit ook een mooi idee, omdat Jopie heel belangrijk was voor het meisje. Daarom hebben we na haar dood Jopie op bed gezet en hij ging exact hetzelfde liggen als hij altijd lag, wang aan wang. Hij heeft er urenlang heel stil gelegen. Het was zo ontroerend, het leek alsof Jopie in de gaten had wat er aan de hand was. Dit zijn de momenten waar ik kippenvel van krijg."

Geurts ziet het belang van een huisdier op de afdeling: "Een huisdier op de kinderafdeling is zo van meerwaarde. Je kunt hem op veel verschillende manieren inzetten. Het is heel laagdrempelig. Voor Jopie doen ze alles. Ze hebben daar zoveel focus op, waardoor alles wat er gebeurt wat minder beladen wordt. Op die manier krijgen kinderen positieve associaties met het ziekenhuis."





INTERSTER 

Optimale bescherming

Maskers, mutsen, protectie jassen en meer.



Kolmi
THE FACE OF PROTECTION

steunt kankerfonds La Lique



Een deel van de opbrengs van deze maskers wordt door Kolmi® gedoneerd aan La Lique, om kanker bij vrouwen te bestrijden en te onderzoeken. Meer info via de QR of op www.interster.nl/cat/protectie Of neem contact op met ons verkoopteam via cs@interster.nl

Your partner for CSSD, Endoscopy and Investment Solutions



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

GETINGE 



COBRAdagen 2022

Congres voor gynaecologische chirurgie

**NIEUW!
NIEUW!
NIEUW!**

Het programma is rond!

De inschrijving opent op zaterdag 1 januari 2022

SAVE THE DATE!

woensdag 13 april

donderdag 14 april

vrijdag 15 april

Géén online congres maar weer samenkomen! – Helemaal **NIEUW! NIEUW! NIEUW!** en ook weer: spraakmakend, inspirerend en vernieuwend!

Blijf op de hoogte! Schrijf je ook in voor onze e-mail nieuwsbrief via www.cobradagen.nl



www.cobradagen.nl



info@cobradagen.nl



[#COBRAdagen](https://twitter.com/COBRAdagen) (@COBRAdagen (#COBRA22))

Medzorg Nederland BV

Medzorg Nederland BV is een medische groothandel voor gezondheid- en zelfzorg artikelen. Medzorg Nederland BV importeert goederen van internationale leveranciers t.b.v. apotheek, drogist, praktijken (arts/fysio/masseur), ziekenhuizen, sportzaken en vliegvelden/airliners. De lezers van De Nederlandse OK Krant kennen Medzorg als leverancier van de **QuickSmart ...and Be safe!** Artikelen voor de veiligheid van personeel en patiënten.

Daarnaast levert Medzorg al meer dan 25 jaar ook producten die van toepassing kunnen zijn voor het ziekenhuis, zoals:

- ✓ **Thermometers:** analoge en digitale thermometers merk GERATHERM®, Europa's grootste producent uit Duitsland
- ✓ **Bloeddrukmeters:** gecertificeerde en BHS gevalideerd uit UK en Duitsland, merken AND® en Geratherm®
- ✓ **Waterdichte herbruikbare hoezen voor arm-, been en PICC-lijn douche/zwem cover, merk AquaShield nr.1 Usa:** Gipskamer, Orthopedie, Fysiotherapie, Dermatologie, Oncologie, Chirurgie
- ✓ **Ice Power menthol spiegel:** pijnstillende, ontstekingsremmende en herstel bevorderende spiegel. Kwaliteitsproduct en medische hulpmiddel met bewezen wetenschappelijke werkingen uit Finland. Menthol heeft bewezen werkingen op gebied van pijnbestrijding met toepassingen op verschillende terreinen in het ziekenhuis. *Pijnbestrijding en ontstekingsremming zonder NSAID's (ibuprofen / diclofenac / paracetamol)!!*

Ook koeling vooraf of na ingrepen! Toepasbaar op bijv. spoedeisende hulp (SEH), Chirurgie, Tandheelkunde, Orthopedie, Oncologie (!) en ambulances.

- ✓ **KT Tape:** elastische tape voor pijnbestrijding, optimale ondersteuning, oedeem vermindering en herstel bevordering.

Leverbaar in drie versies:

- Standaard elastisch katoen (Original)
- Elastisch synthetisch (Pro): grotere rek, betere kleefkracht, meer ondersteuning, waterproof en ultralicht
- Elastisch synthetisch Extreme: Pro Extreme: dé tape met meeste en sterkste werking voor toepassing onder alle extreme (vochtige) omstandigheden, meeste kleefkracht, waterafstotend en grootste rek

Alle drie de versies leverbaar op rollen van 5 mtr (ROLL) en 38 meter (JUMBO Roll) met voorgesneden strips (PRECUT) en niet voorgesneden (UNCUT)

Toepassing o.a.: Orthopedie, SEH, Eerste Hulp, Fysiotherapie, Chirurgie, Dermatologie



Belangrijk om te vermelden dat al deze medische hulpmiddelen voldoen aan alle Europese criteria (zoals MDD / MDDR), CE en Declaration of Conformity. Heeft u interesse naast de QuickSmart artikelen in een of meerdere van bovenstaande artikelgroepen neem dan gerust contact op met uw reguliere leverancier of rechtstreeks; Medzorg Nederland BV: Tel. 0252 - 536200 // E. info@medzorg.nl // orders@medzorg.nl

Traumadagen 2021

Ruim honderd operatieassistenten waren afgelopen november in de RAI in Amsterdam aanwezig bij de Traumadagen, een samenwerking tussen LVO, NVT en NVOT. De LVO verzorgde het parallelle programma. Onderwerpen als enkelletsels bij profvoetballers, achillespees rupturen, wel of niet opereren? en de Green Deal kwamen aan bod. Hieronder volgt een sfeerimpressie van de dag.



Foto's: Guus Pauka

Bijdragen aan duurzame zorg? Start een Green Team!

Duurzame zorg wordt een steeds populairder onderwerp in Nederland. En terecht, want er is zo veel in te behalen! Maar waar begin je? Misschien wel bij een Green Team. Als operatieassistent heb je de uitgelezen positie om zo'n team te starten of eraan deel te nemen. In dit artikel vier tips om jouw Green Team een vliegende start te geven. En een mooi voorbeeld: het *recycle*-project in het OK-complex van het UMC Utrecht.

Tekst: Else de Ridder | Foto's: Shutterstock



Iedereen kan een Green Team starten, ook jij. Als operatieassistent heb je zelfs bij uitstek de brede blik die nodig is voor een Green Team.

1. ZOEK GELIJKGESTEMDEN

Grote kans dat er op jouw OK anderen rondlopen die ook met duurzame zorg aan de slag willen. Met de vele congressen en nascholingen die er op dit moment over duurzame zorg georganiseerd worden, heeft bijna iedereen wel gehoord over dit onderwerp. Plaats een oproep dat je een Green Team wilt starten en inventariseer wie interesse hebben om eraan deel te nemen. Een Green Team bestaat doorgaans uit vier tot acht mensen met verschillende achtergronden. Op een OK kan een Green Team bestaan uit een operatieassistent, een medisch specialist, een anesthesiemedewerker en een leidinggevende. Maar kijk vooral naar wie enthousiast is op jouw afdeling, en betrek die bij het team.

2. INVENTARISEER GROENE IDEEËN

Zodra je bekend hebt gemaakt dat je een Green Team wilt starten, zul je merken dat jouw collega's allerlei ideeën gaan aanleveren. De een ergert zich aan al het plastic afval, de ander aan producten die open zijn gemaakt en ongebruikt worden weggegooid. Zorg ervoor dat je deze ideeën op een centrale plek verzamelt en deelt met jouw collega's.

3. ZORG VOOR DRAAGVLAK

Selecteer vervolgens een idee dat vaak aangedragen wordt: door het kiezen van een idee dat bij veel mensen speelt, vergroot je het draagvlak voor het invoeren van een oplossing. Als je een probleem oplost dat door niemand als probleem wordt ervaren, maak je het heel lastig voor jezelf. Zorg er dus voor dat er veel draagvlak is voor het probleem dat je aanpakt!

Je zult merken dat er voor bepaalde onderwerpen meer of minder draagvlak is. Sommige processen zijn er in jouw organisatie en bij je collega's zo ingesleten, dat ze moeilijk te veranderen zijn. Als je hier toch aan waagt, zul je tegen veel weerstand aanlopen. Deze onderwerpen kun je beter even laten rusten totdat het draagvlak zich hiervoor vergroot. Hier kan het Green Team aan bijdragen door bijvoorbeeld een campagne of door het geven van informatie. Bewustwording van een onderwerp kan een mooi project zijn voor jouw Green Team.

4. HOU HET POSITIEF

Niet al jouw collega's zullen er zin in hebben om met duurzaamheid aan de slag te gaan. Sommigen zullen

het niet hun taak vinden om zich hiervoor in te zetten, anderen zullen het al druk genoeg hebben, en weer anderen interesseren zich simpelweg niet voor dit onderwerp. En dat is allemaal oké! De focus van jouw Green Team hoeft niet te zijn om deze mensen te overtuigen. Richt je liever op de enthousiastelingen en de ideeën die zij aandragen. Door duurzaamheid op een positieve manier te benaderen, zullen jouw collega's die hier nog niet zo enthousiast over zijn vanzelf volgen. Uiteindelijk zullen de collega's die duurzaamheid nog niet zo zien zitten zichzelf moeten overtuigen. En dat gaat het beste in een omgeving waarin op een positieve manier met duurzaamheid wordt omgegaan. Duurzaamheid is niet iets waar je aan *moet* werken, maar waar je aan *wilt* werken!

Wat ook helpt bij het creëren van een positieve sfeer rondom duurzaamheid, is het benadrukken van de positieve gevolgen van een duurzame oplossing. Stel, je begint met het scheiden van afval in de steriele opdekruimte. Dit zal in het begin even wennen zijn, en het zal je wellicht iets meer tijd kosten, maar het levert je ook een hoop op! Bijvoorbeeld een gevoel van voldoening, de wetenschap iets goeds te doen voor de wereld, het leren van iets nieuws. Door daarop te focussen, laat je zien aan je collega's dat duurzaamheid ook heel leuk kan zijn.

Else de Ridder is oprichter van MINT zorgadvies (www.mintzorgadvies.nl) en Green Care Academy (www.greencareacademy.nl). Zij verzorgde tijdens de Traumadagen op 4 en 5 november 2021 een sessie voor LVO-deelnemers.



Iedereen kan een Green Team starten, ook jij.

EEN VOORBEELD: AFVAL RECYCLEN IN HET OK-COMPLEX

Een mooi voorbeeld van een project voor een Green Team, was het afval-recycle-project op het OK-complex van het UMC Utrecht. Een erg geschikt project om als operatie-assistent op te pakken. Jij staat immers aan het begin van het traject waarin afval kan worden gescheiden. Wellicht levert het inspiratie op voor jouw eigen project.

In het UMC Utrecht wilde een enthousiaste anesthesiemedewerker graag beginnen met het scheiden van afval. Samen met haar en de afvalverwerker is onderzocht welk afval geschikt is voor recycling. Helaas kan niet elk type afval gerecycled worden, omdat dit ook moet voldoen aan bepaalde regels van de afvalverwerker. Zo mag afval dat aangeboden wordt voor recycling niet in aanraking zijn geweest met een patiënt. In de praktijk komt dit erop neer dat jouw gewone afvalverwerker alleen verpakkingsmateriaal kan recyclen. Voor het recyclen van *disposable* en *reusable* instrumentarium moet je naar gespecialiseerde bedrijven, maar met het recyclen van verpakkingsmateriaal kun je vaak zo beginnen.

AFVALVERWERKER

De belangrijkste eerste stap hierin is het betrekken van de afvalverwerker. Via de leidinggevende van de OK of het facilitair bedrijf kun je erachter komen welke afvalverwerker jouw ziekenhuis heeft. Soms zijn er meerdere bedrijven voor de verschillende afvalstromen. Het is belangrijk om alle partijen hierbij te betrekken. Samen met de afvalverwerker(s) ga je het verpakkingsmateriaal bekijken: vaak bestaat dit uit plastic en papier. Het kan per afvalverwerker verschillen of zij dit daadwerkelijk kunnen verwerken. Daarom is het zo belangrijk om hen in dit proces te betrekken.

AFVAL ONDERZOEKEN

In het UMC Utrecht onderzochten we het afval samen met de afvalverwerker. Een dag lang verzamelden we al het afval van de opdekruimte. Van dit afval weet je zeker dat het niet in aanraking is geweest met een patiënt. Daarmee is dit afval het meest geschikt voor recycling. In de opdekruimte konden we drie typen afval scheiden: gemengd plastic afval (harde plastic verpakkingen en plastic folies), papier en karton, en restafval. Daarmee werd er 6,4 keer zo veel afval gerecycled als voor de aanvang van dit project. Het resulteerde er bovendien in dat de CO₂-footprint van dit afval met 26% verlaagd kon worden.

AFVAL SCHEIDEN

Om het afval scheiden zo makkelijk mogelijk te maken voor de medewerkers, hangt boven elke prullenbak een poster: daarop staat met foto's aangegeven welk afval in welke prullenbak thuishoort. Elke afvalzak heeft een kleur die overeenkomt met de kleur op de poster. Zo wordt het afval scheiden simpel en duidelijk gemaakt voor elke werknemer.

Ook staat op de poster: 'Twijfel of spoed? Niks moet! Kies bij twijfel voor restafval: zo blijven de andere stromen schoon voor recycling.' Dus: ben je aan het opdekken voor een spoedgeval? Weet je niet zeker in welke bak het afval moet? Of heb je er even geen zin in? Gooi het afval dan in de restafvalbak. Zo wordt het afval scheiden geen verplichting, maar houden we het leuk!

DIT ARTIKEL WORDT U AANGEBODEN DOOR OPERATIONEEL, HET VAKBLAD VAN DE LVO.

WOESTHAAR EN RIEK

Auteur: Annerieke de Vries
Uitgeverij: eigen beheer
ISBN: 9789464028041
Prijs: € 22,25



Eind jaren negentig worden anesthesiemedewerker WoestHaar en operatieassistente Riek tot elkaar veroordeeld als ze, beiden zo groen als gras, als teamleiders op de operatieafdeling van een piepklein ziekenhuis aan de slag gaan. Niet alleen hun vakgebied is verschillend, ook qua karakter blijken ze tegenpolen. Waar WoestHaar nonchalant zijn schouders ophaalt, ligt Riek 's nachts te woelen in haar bed. Met hun team en de specialisten van de operatieafdeling maken ze hilarische dingen mee. Lukt het hen om tot een vruchtbare samenwerking te komen? En krijgen ze het voor elkaar om twee koningen (de organisatie en hun team) te dienen met specialisten die er vaak vrolijk, maar soms ook als een donderwolk doorheen marcheren? Auteur Annerieke de Vries geeft parttime leiding op het operatiekamercomplex van het OLVG in Amsterdam. Ook zat zij in het bestuur van de NVLO. Op www.anneriekedevries.nl kun je meer lezen over Annerieke.

OVERLEVEN MET HEMOFILIE

Auteur: Cees Smit
Uitgeverij: Eburon
ISBN: 9789463013291
Prijs: € 25



Cees Smit werd zeventig jaar geleden geboren met een ernstige vorm van hemofilie. Niemand had ooit verwacht dat hij lang zou leven, laat staan dat hij zo oud zou worden. In zijn autobiografie beschrijft hij de achterhaalde hormoonbehandelingen van de jaren vijftig van de vorige eeuw, die hem voor het leven zouden tekenen. Hij vertelt over de allesbepalende rol die de ziekte in zijn leven speelde. Uiteindelijk koos hij, zoals hij het zelf noemt, voor een 'loopbaan in de hemofilie'. Nu is hij een lobbyist voor de rechten van mensen met een chronische ziekte en voor de verbetering van de positie van patiënten in de gezondheidszorg. Cees Smit kent als geen ander de wereld van de hemofilie. In zijn boek verhaalt hij uitvoerig over de aidsepidemie in het laatste kwart van de 20ste eeuw die ook hemofiliepatiënten trof. En hij vertelt over de groeiende internationale handel in bloedproducten. Een van Cees' grootste zorgen is de wereldwijde handel in menselijk bloedplasma – een onderwerp waar hij veel over heeft gepubliceerd. Middenin de covid-19-pandemie geeft dit boek een déjà vu-gevoel als het gaat om het optreden van verantwoordelijke partijen. Deze tijd dwingt ons tot een herwaardering van de traditionele idealen van altruïsme, zelfvoorziening, eenheid en solidariteit. Filmmaker Eva Boon maakte een prachtig kort filmportret van auteur Cees Smit, te zien op vimeo.com/466511400.

DE VELE LICHAMEN DIE WE ZIJN

Auteurs: Bernard Sabbe en Luc Braeckmans
Uitgeverij: Gompel & Svacina
ISBN: 9789463712279
Prijs: € 29,90



Wat is dat, een lichaam? Het lichaam dat ons vitaliteit en levenskracht geeft, dat ons denken en voelen draagt en bepaalt hoe wij verschijnen in de ogen van anderen. Het lichaam waar we bij onszelf 'thuis' zijn, en dat we met elkaar delen in intimiteit. Het lichaam dat ons van geboorte naar dood voert. Het lichaam dat onze geest produceert, maar door diezelfde geest wordt aangestuurd. Nooit verwierf de mens op accurate wijze zicht op het eigen lichaam. Beschik ik over een lichaam waarmee ik tal van activiteiten ondernemen kan? Of ben ik een lichaam? Over die 'vele' lichamen die wij zijn, gaat dit boek. De auteurs verbinden filosofische inzichten met medische en psychologische. Zo beschrijven zij het fysieke en vitale lichaam, het lichaam zoals wij dit zelf beleven en ervaren, het lichaam als emotie, het getoonde en relationele lichaam, het erotische en reproductieve lichaam, het sociale en politieke lichaam, en het zieke en dode lichaam. Het boek doet een beroep op inzichten van beroemde filosofen, maar ook van mystici: van Plato, via Augustinus naar Descartes en Spinoza, tot hedendaagse denkers als Nietzsche, Schopenhauer, Levinas, Merleau-Ponty, Foucault en Nussbaum. Dit boek richt zich tot ieder die over de rijkdom van het eigen lichaam wil nadenken, zeker tot wie betrokken is bij de lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg. Bernard Sabbe, psychiater-psychotherapeut, is emeritus gewoon hoogleraar aan de faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de Universiteit Antwerpen. Luc Braeckmans, doctor in de wijsbegeerte en de letteren, is emeritus professor aan de Universiteit Antwerpen en tevens verbonden aan het Universitair Centrum Sint-Ignatius Antwerpen (UCSIA).

... EN IK HOOP NOG VELE BRIEVEN

Auteur: Timon de Jong
Uitgeverij: Palmslag
ISBN: 9789493059894
Prijs: € 20,95



In 1996 begonnen Robin van 't Haar en Timon de Jong als twintigers een briefwisseling, die voortduurde tot maart 2019, toen Robin overleed aan de gevolgen van een hersentumor. Een selectie van deze brieven is hier gebundeld. Dit boek is niet alleen een eerbetoon aan een afgebroken vriendschap, maar het geeft ook een – nostalgisch – tijdsbeeld van midden jaren negentig tot bijna 'twintig-twintig'. Daarnaast geven de brieven ook een mooi inzicht in de ontwikkeling van twee twintigers tot mannen en vaders. De toon, de sfeer in de brieven verandert langzaam, al blijven de onderwerpen hetzelfde. Alledaagse zaken, literatuur, muziek, kaalheid, ziekte (zowel echt als ingebeeld), grote dromen en kleine problemen worden besproken met een ironisch gevoel voor humor. De brieven grijpen steeds mooier op elkaar in, de stijl groeit naar elkaar toe. Al zorgt de naderende dood voor een bepaalde intensiteit, Robin en Timon weten het sentimentele dat hen in de eerste brieven begeleidde buiten hun schrijven te houden. Zoals Robin ergens schrijft: 'Alles is nu echt'. Het leven begon al eerder, maar deze episode begon in het Groningen van 1994. Robin van 't Haar, later kunstenaar en docent, en Timon de Jong, boekverkoper en praktijkmanager bij een huisartspraktijk, werden vrienden en vonden elkaar in de liefde voor het schrijven.

Deze rubriek Boeken wordt u aangeboden door Operationeel, het magazine van de Landelijke Vereniging van Operatieassistenten (LVO). 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.



HET APELDOORNSCHE BOSCH: VLUCHTEN OF BLIJVEN VERZORGEN?

Tekst: Marel van Andel | Foto's: CODA Archief Apeldoorn

Het bos in Apeldoorn is tussen 1909 en 1943 de locatie voor een grote Joodse psychiatrische instelling. De instelling, genaamd het Apeldoornsche Bosch, biedt op haar hoogtepunt plaats voor zo'n 1500 psychiatrische patiënten en personeel. In de laatste jaren van de instelling vond er, midden in de Tweede Wereldoorlog, een verschrikkelijke gebeurtenis plaats.

Centraal gelegen in het bos in Apeldoorn-Oost stond een groot uitgestrekt wit pand. Het is tussen 1909 en 1943 de locatie voor een Joods psychiatrische instelling. In de instelling is uiteindelijk plek voor rond de duizend volwassen patiënten en honderd jonge kinderen, die door vierhonderd man personeel verzorgd worden. Het Apeldoornsche Bosch was modern voor zijn tijd. De patiënten volgden arbeidstherapie en konden ontspanningsactiviteiten doen. De mannelijke patiënten die in staat waren te werken konden aan de slag in werkplekken als de timmerwerkplaats en de schoenmakerij. Vrouwen konden werken, in huis en in de keuken.

Voor de ontspanning waren er onder andere sportclubs en werden er films getoond. De verpleegafdelingen waren voor klassepatiënten en de kamers van het verplegend personeel. Een groot deel van de medewerkers woonde namelijk intern. Naast het pand en op het terrein stonden vanaf 1938 tien paviljoens: waar patiënten in slapen, een synagoge, een werkgebouw, een wasgebouw en een ontspanningsgebouw. Binnen de paviljoens, die onderscheid maakten tussen onder andere mannen en vrouwen, waren diverse afdelingen. Zo was er bijvoorbeeld het vrouwenpaviljoen Lankhout. Hierin werden vrouwen met dementie verzorgd, die weer onder

werden verdeeld over afdelingen op basis van hoe onrustig zij waren.

WERK VERPLEEGKUNDIGEN

Hoewel de instelling bekendstond als het Jodenbos, werkten er niet alleen maar Joden. Ook christenen waren in dienst. Ze leefden met elkaar en dat bracht geen problemen met zich mee. Als de Joodse medewerkers sabbat hadden, konden de christelijke hun werk oppakken. Het werk van verpleegkundigen was divers en wat je mocht doen, hing ook af van hoe lang je al in dienst was. Verpleegkundigen werden vaak intern opgeleid en daarbij begonnen ze

in hun eerste jaar vooral met kamers soppen en schoonmaken. Ook werkten ze in de keuken, dronken ze 's avonds thee met de patiënten en speelden ze spelletjes. Later konden ze dan gaan werken op de onrustigere afdelingen. Op vrije avonden en dagen was er vaak niet veel te doen voor verpleegkundigen, wel was er af en toe een filmavond en werd er veel gepingpong.

BEGIN VAN DE OORLOG

Terwijl het leven in het Apeldoornsche Bosch begin jaren 40 vrij stabiel was, werden in Amsterdam de eerste stappen gezet in de Jodenvervolging. In de instelling werden ondertussen voor de verpleegkundigen nog examens gehouden en er werd feest gevierd als deze behaald werden. In Apeldoorn was het nog relatief rustig, maar ook daar begonnen er arrestaties van Joden plaats te vinden. In 1940 kreeg het Apeldoornsche Bosch voor het eerst te maken met een bepaling die invloed had op de instelling. Het werd voor Joden verboden om te werken in openbare diensten, wat ervoor zorgde dat er in het Apeldoornsche Bosch een aantal niet-Joodse verpleegkundigen vervangen werden voor wel Joodse verpleegkundigen. Toch heerste er daarna een redelijk gevoel van veiligheid, Het Apeldoornsche Bosch kreeg zelfs de bijnaam de Jodenhemel. De Duitsers zouden de instelling niet zomaar binnenvallen. Dat gevoel werd ook versterkt doordat er patiënten uit kampen als Westerbork terecht kwamen in Apeldoorn. De Duitsers hadden de instelling dus nodig.

GELOOF GAAT EEN ROL SPELEN

Er veranderde veel in 1942. Een nieuwe regel schreef voor dat al het niet-Joodse personeel dat in het Apeldoornsche Bosch werkte, ontslagen moest worden. Ruim een derde van het personeel moest weg en werd vervangen door Joodse mensen die Amsterdam ontvluchtten vanwege het



Verpleegkundige Claartje van Aals

risico tot deportatie. Zij hadden het idee dat de instelling veiligheid bood om dit te voorkomen. Deze nieuwe bepaling zorgde ervoor dat de verschillen in geloof die er waren, maar geen rol speelden, plots wel een rol begonnen te spelen. Daarna kwamen er meer bepalingen die het verschil benadrukten, zoals het verplicht dragen van een Jodenster. Zowel de verpleegkundigen als de patiënten kregen een ster op hun kleding genaaid.

Door de steeds grotere dreiging van buitenaf, kwam er binnen de instelling een groter gevoel van saamhorigheid. Ondertussen groeide de Jodenvervolging in de omgeving van de instelling. Zo werden er in oktober 1942 65 Joodse inwoners van Apeldoorn naar Westerbork gedeporteerd. Voor sommige verpleegkundigen in het Apeldoornsche Bosch was dit een reden om de

LIEVE AAG,

Vanavond hoorde ik het ellendige nieuws dat ze in Amsterdam weer aan de gang zijn. Daarom kwamen De Vries zijn broer en een vriend hier 's avond logeren. Aag, ik ben als de dood dat de verloofde van mijn zusje ook opgepikt zal worden want hier zijn nog twee zusters wier broers ook zijn opgepikt. Erg hè? Ik heb in de courant gelezen dat er vijf slagers uit Utrecht gearresteerd zijn. Ik wou dat Vader me maar eens schreef.

Ik heb late dienst, dan moet je thee schenken en bij de dames zitten en een spelletje met ze doen. Ik heb ook piano voor ze gespeeld. Na tien schakelen ze vanwege de bezuiniging het licht uit. Ik moet nog een rapport schrijven en een gebit schoonmaken. Morgenavond weer verder.

Een dikke zoen van Claartje

Fragment uit boek 'Als ik wil kan ik duiken...' 13 juni 1941: brief van verpleegkundige Claartje van Aals vanuit het Apeldoornsche Bosch aan haar beste vriendin Aagje Kaagman, die in Utrecht woont.

Joodse instelling achter zich te laten. Ze waren bang dat de Duitsers toch zouden komen. Het was een dilemma: kon je als verpleegkundige je patiënten achterlaten om jezelf veilig te stellen van deportatie? En zou er in de instelling daadwerkelijk iets gaan gebeuren? Wat blijkt, is dat dit dilemma later nog veel sterker wordt.

MEER JODEN ONDERGEBRACHT

Waar iedereen bang voor was, werd nog reëler vanaf januari 1943. De vernietiging van Joden richtte zich niet meer enkel op personen, maar ook op grote groepen. Het Apeldoornsche Bosch was zo'n grote groep. Een man komt op 11 januari het terrein op om de directeur van de instelling te spreken. Hij stelt zichzelf voor als Aus der Fünfen. Het lijkt erop dat het Apeldoornsche Bosch gaat dienen als plek waar Joden, die niet naar een kamp gestuurd worden, heen kunnen. De man



Overzichtsfoto van het omvangrijke complex van Het Apeldoornsche Bosch.
Inzet: een ansichtkaart met een afbeelding van het hoofdgebouw.



Het was een dilemma:
kon je als verpleegkundige je
patiënten achterlaten om jezelf veilig
te stellen van deportatie?

Het dilemma van blijven of vluchten bereikte een hoogtepunt

Het manuscript van de laatste brief die Claartje naar Aagje stuurde. De brief is later op de post gedaan door de overbuurman van de instelling. Claartje is naar Westerbork gestuurd en vrij snel daarna naar Auschwitz gedeporteerd. Op 5 februari 1943 is ze daar op twintigjarige leeftijd overleden.

Apeldoorn, 21 Jan. 1943.

Lieve Aag,

Meiske schrik niet, maar vandaag gaan we foetsie. Waarheen weten we nog niet en wat er met de mensen gebeurt weet ik ook niet. Het is een al chaos. Ik zit op de gang te schrijven en ben ik idioot kalm. Ik had juist van de week een baby stelletje

gekocht voor je en hoop te zien is of ik degenheid heb het weg te sturen met je textielkaart. Het zou natuurlijk heel erg zijn als ik je textielkaart niet meer terug kon sturen, maar ik zal zoveel mogelijk mijn best doen. Aag, denk je eens even in: vijftienhonderd mensen - patiënten en personeel - worden maar zo weggehaald en je weet niet wat er met je gaat gebeuren. Haast de helft van het personeel is ondergedoken. We zitten nu op heel G met vijf zusters. Vannacht heb ik twee uur geslapen. Van drie tot vijf uur. Er slapen overal mannen boven en het is overal een zwijnekeet, dat snap je. Agie alles moet ik achterlaten, alleen het hoogstnoodzakelijke kan ik meenemen. Wat zal er van ons worden? Het is net of ik dronken ben. Als ik wil kan ik duiken, maar ik voel me verplicht om met de mensen mee te gaan, want daar gaat je hart toch ook wel naar uit. En als ik Arno niet meer heb dan kan de rest me toch niets meer schelen. Agie, ik schei er uit

Fragment uit boek 'Als ik wil kan ik duiken...?' 21 januari 1943: brief van verpleegkundige Claartje van Aals aan haar vriendin Aagje Kaagman.

LIEVE AAG,

Meiske schrik niet, maar vandaag gaan we foetsie. Waarheen weten we nog niet en wat er met de mensen gebeurt weten we ook niet. Het is een en al chaos. Ik zit op de gang te schrijven en ben idioot kalm.

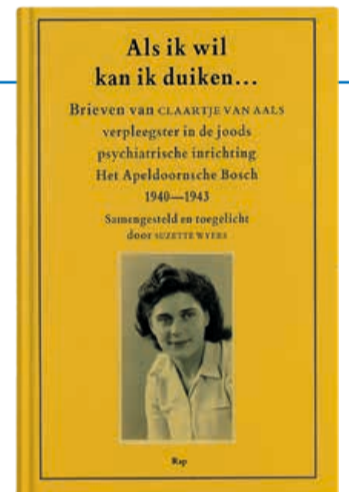
Ik had juist deze week een baby stelletje gekocht voor je en hoop dat ik nog de gelegenheid heb het weg te sturen met je textielkaart. Het zou natuurlijk heel erg zijn als ik je textielkaart niet meer terug kon sturen, maar ik zal zoveel mogelijk mijn best doen.

Aag, denk je eens even in: vijftienhonderd mensen - patiënten en personeel - worden maar zo weggehaald en je weet niet wat er met je gaat gebeuren. Haast de helft van het personeel is ondergedoken. We zitten nu op heel G met vijf zusters. Vannacht heb ik twee uur geslapen. Van drie tot vijf uur. Er slapen overal mannen boven en het is overal een zwijnekeet, dat snap je.

Agie alles moet ik achterlaten, alleen het hoogstnoodzakelijke kan ik meenemen. Wat zal er van ons worden? Het is net of ik dronken ben. Als ik wil kan ik duiken, maar ik voel me verplicht om met de mensen mee te gaan, want daar gaat je hart toch ook wel naar uit. En als ik Arno niet meer heb dan kan de rest me toch niets meer schelen.

Agie, ik schei er uit

Fragment uit boek 'Als ik wil kan ik duiken...?' 21 januari 1943: brief van verpleegkundige Claartje van Aals aan haar vriendin Aagje Kaagman.



zij meegevoerd gingen worden. Toch was er, ondanks het enorme schuldgevoel, voor hen geen andere uitweg. Het had geen zin om te blijven. Anderen vonden het daarentegen juist hun plicht

om met de bijna 1500 patiënten mee te gaan. Het personeel dat blijft, bereidt zich voor op wat komen gaat. Gezamenlijk maakten ze koffers klaar voor de patiënten. Kleding en medicijnen worden bij elkaar gepakt en op de koffers worden de namen en geboortedatum van patiënten geschreven. Ook maakten ze honderden lunchpakketten.

DE ONTRUIMING

De ontruimingsactie begint op donderdag 21 maart. Onder leiding van de man die eerder de plattegrond had opgevraagd, Aus der Fünten, worden de patiënten van hun bed gelicht. Het argument: er is geen tabak meer, de boekbinderij is gesloten, dus de patiënten hebben hier geen werk meer. In Duitsland zou er genoeg werk zijn voor de patiënten. De directeur, dokters en het administratief personeel werden opgesloten en patiënten en verpleegkundigen werden van elkaar gescheiden. Met grote vrachtwagens werden patiënten opgehaald en naar het station gebracht. Verpleegkundigen wisten dat het snel voorbij zou zijn voor hen. Velen schreven hun laatste brieven aan het thuisfront. Ze werden gedwongen de patiëntenzalen op slot te doen, waardoor zij niks meer konden betekenen voor de patiënten. Er heerste een gevoel van onmacht.

vraagt om een plattegrond van het gebouw en het terrein. Dit deed mensen in de instelling aan de ene kant vermoeden dat zij veilig waren. Ze werden door de Duitsers immers ingezet als hulp. Toch was er ook argwaan en extra angst. De man had namelijk gevraagd of er een treinstation in de buurt was. Een aantal dagen later komt er een tiental patiënten uit Westerbork naar Apeldoorn.

Twee dagen later wordt bekend dat heel Apeldoorn Jodenvrij gemaakt wordt. Zo'n tachtig Joden uit Apeldoorn kunnen dan nog ondergebracht worden in het ontspanningsgebouw van het Apeldoornsche Bosch, dat zou immers niet geraakt worden, dacht men. Toch gebeurde toen waar alle bewoners voor vreesden. Een grote groep van zo'n honderd mannen stapte op woensdagmiddag 20 januari het terrein op. Ze waren van de Ordedienst uit Westerbork. Er was iets misgegaan in hun

planning, de groep mannen was te vroeg in Apeldoorn aangekomen, waardoor de plannen voor ontruiming duidelijk werden bij het personeel. De mannen dwongen de instelling hun onderdak en voeding te geven. Diezelfde dag waarschuwde de spoorwegambtenaar dat er een trein klaarstond, met plek voor meer dan 1500 personen. Toen werd het voor iedereen duidelijk: de instelling zou ontruimd gaan worden.

Het dilemma van blijven of vluchten bereikte een hoogtepunt. Laat je je patiënten achter en ga je op de vlucht of neem je een enorm risico, maar blijf je bij de patiënten en mensen die ondergebracht waren in het ontspanningsgebouw? De helft van het personeel koos ervoor de instelling te verlaten, samen met ongeveer tachtig patiënten. Het was voor de verpleegkundigen zwaar om te vertrekken. Ze lieten zieke patiënten achter wetende dat

De patiënten werden hardhandig behandeld door de mannen van Aus der Fünten. Met geweld en geschreeuw werden ze gedwongen naar buiten te gaan. Te hard schreeuwende of tegenwerkende patiënten kregen een spuit en werden achterin een wagen gegooid. De ziekste patiënten werden op matrassen gelegd, die weer op elkaar gestapeld werden tot aan het plafond van de wagen.

Verpleegkundigen van de afdeling met de meest onrustige vrouwen werden gedwongen mee te werken de patiënten de vrachtwagens in te krijgen. De verpleegkundigen moesten een kring vormen met de Duitsers en telkens werd er een patiënt in de kring gezet en moest de kring weer gesloten worden, zodat de patiënt niet meer weg kon. Vervolgens liep de hele kring de vrachtwagen in om de patiënt daarin achter te laten. Ook de afdeling met kinderen werd leeggehaald en ging mee met het transport.

De vrachtwagens reden naar het station, waar de patiënten over werden gezet op de al klaarstaande trein. Patiënten droegen nog hun nachtpajon, waren naakt of in zaten in een dwangbuis. Waar in de instelling altijd verschillende afdelingen waren, werd nu iedereen door elkaar gezet: mannen, vrouwen, kinderen, licht-beperkten en zwaar-beperkten. Het is een chaos en al snel zitten de wagons propvol. De deuren kunnen niet meer normaal dicht en moeten met kracht dichtgedaan worden, vingers en handen werden daarbij verbrijzeld.

De volgende ochtend was de hele instelling leeg op het personeel na. Zij werden samengebracht in de eetzaal. Daar werd door Aus der Fünten aangegeven dat vijftig man personeel mee zou moeten met het transport, omdat de patiënten niet zonder personeel konden worden meegenomen. Zo'n twintig verpleegkundigen meldden zich vrijwillig, de overige dertig werden aangewezen. Hen werd een veilige terugkeer beloofd. Allemaal werden ze naar het station gebracht, waarbij een deel werd onderverdeeld over de wagons met patiënten, de rest moest plaats nemen in een losse andere wagon. De trein vertrok naar een toen nog onbekende bestemming.

ONDUIDELIJKHEID

Later bleek dat de patiënten en begeleidende personeelsleden werden afgevoerd naar Auschwitz/Birkenau. Hoe de trein daar arriveerde, laat zien hoe vreselijk de reis was. In sommige wagons leefde de helft van de inzittenden nog maar. Bij het opengaan van de treindeuren werd maar een kleine groep verlost met de frisse zuurstof. Naar buiten kwam een stinkende walm van rottend vlees.

Maar midden in deze monsterachtige setting was daar een relatief punt van rust: de verpleegkundigen. Tussen alle patiënten waren de jonge meiden druk aan het werk. Hun uniformen waren vies geworden en kapotgegaan. Ze moesten moeite doen om zelf overeind te blijven. Ze gaven injecties, medicijnen, ze verbonden en troostten.

Verpleegkundigen werden gedwongen mee te werken de patiënten de vrachtwagens in te krijgen



Wat daarna precies is gebeurd, is niet helemaal duidelijk. Uit verklaringen van overlevenden blijkt dat er patiënten waren die probeerden los te komen, zij werden neergeschoten. Sommige mensen zeggen dat iedereen direct vergast werd. Andere zeggen dat de gaskamers overgeslagen werden en dat de patiënten niet als vergast lijk werden verbrand, maar nog levend tussen het brandende hout en petroleum gegooid werden. In de kampadministratie werden 16 broeders en 36 verpleegsters als gevangenen geregistreerd. Alle patiënten werden direct vermoord.

De rest van het personeel, dat achter was gebleven in Apeldoorn, werd verteld dat zij in het ziekenhuis in Westerbork gingen werken. Er werd hen beloofd dat ze niet naar vernietigingskampen in het oosten gestuurd werden, maar later werd een deel alsnog van Westerbork naar Auschwitz vervoerd. Van de ongeveer honderd man personeel kwamen waarschijnlijk veertien mensen levend uit de kampen. Van het personeel

dat de nacht voor de ontruiming was gevlucht of ondergedoken, overleefden ongeveer 75 de oorlog.

DOCUMENTAIRE 'VEILIG IN HET BOSCH'

Alex Bakker en Erik Willems maakten in 2014, in opdracht van CODA, een documentaire over de ontruiming van Het Apeldoornsche Bosch. De film bevat interviews met getuigen van de ontruiming. Centraal staan vragen als 'Wat gebeurde er?' en 'Hoe hebben verschillende mensen in en om de inrichting dit ervaren?' Naast de ervaringen van werknemers van Het Apeldoornsche Bosch komt ook het perspectief van de omwonenden in deze documentaire naar voren.



Dit artikel verscheen eerder in FLOOR

FLOOR is de glossy voor zorgprofessionals.
De volgende FLOOR verschijnt op 1 maart 2022.

floormagazine.nl

NU'91
voor zorgprofessionals

Leden van NU'91
ontvangen FLOOR
bij hun lidmaatschap.

nu91.nl

‘Ken je eigen vooroordelen’

Culturele verschillen en discriminatie in de Nederlandse zorg



Prof. Dr. Maria van den Muijsenbergh is bijzonder hoogleraar gezondheidsverschillen en persoonsgerichte, integrale eerstelijnszorg, huisarts én straatarts. Dit leidt tot een bijzonder en divers werkveld, waarbij ze direct in aanraking komt met discriminatie en vooroordelen in de Nederlandse gezondheidszorg, zowel gericht tegen patiënten als zorgverleners met een migratie-achtergrond.

Auteur: Danique Radder, De Jonge Specialist aios neurologie
Verscheen eerder in magazine De Jonge Specialist juni 2021

U BENT BIJZONDER HOOGLERAAR GEZONDHEIDSVerschillen EN PERSOONSGERICHTE, INTEGRALE EERSTELIJNSZORG. WAT HOUDT DIT PRECIËS IN?

“Persoonsgerichte, integrale zorg houdt in dat er niet alleen aandacht wordt besteed aan medische symptomen en ziekte, maar ook aan iemands persoonlijke leven, of diegene de taal spreekt en kan lezen of schrijven. Voor een goede diagnose is het vaak noodzakelijk om breder te kijken dan alleen een symptoom. Dit is voor iedereen belangrijk, maar zeker voor mensen die laaggeletterd zijn en/of een

lager opleidingsniveau of een migratie-achtergrond hebben. Dit gaat over gezondheidsverschillen. Mensen met een lager opleidingsniveau en migratie-achtergrond overlijden eerder en zijn minder gezond dan gemiddeld, wat onder andere te maken heeft met chronische stress. Aandacht en goede communicatie zijn hierbij essentieel, waarbij je jouw verhaal moet vertalen naar de patiënt die voor je zit.”

Van den Muijsenbergh was al van jongs af aan geïnteresseerd in andere landen. Ze vertelt dat ze vroegewr missiezuster wilde worden in Afrika. Ook tijdens haar geneeskundestudie wilde ze

initieel naar een ontwikkelingsland, maar al snel kwam ze erachter dat ook in Nederland de zorg voor bepaalde groepen mensen op veel vlakken verbeterd kan worden. Ze heeft nooit spijt gehad van de beslissing in Nederland te blijven. Momenteel werkt Van den Muijsenbergh, naast haar baan als huisarts, gedeeltelijk bij Pharos, het landelijk expertisecentrum gezondheidsverschillen, een organisatie die staat voor toegankelijke zorg, begrijpelijke informatie verschaft en voorlichting geeft over verschillende klachten en ziektebeelden. Daarnaast geeft Pharos trainingen aan professionals, waaronder

medisch specialisten, onder andere gericht op laaggeletterdheid en palliatieve zorg bij migranten.

U BENT OOK STRAATDOKTER, EEN BIJZONDERE COMBINATIE VAN WERKZAAMHEDEN.

“Ja! Twee keer per week houdt onze straatdokterpraktijk ‘Buitenzorg’ spreekuur op locatie op een plek waar veel mensen komen voor wie de drempel om naar een huisartsenpraktijk te gaan groot is. Dus komen de mensen niet naar de praktijk, maar gaan wij naar de mensen. Dit gaat onder andere om daklozen en arbeidsmigranten, van wie velen zwakbegaafd zijn en beperkte gezondheidsvaardigheden hebben. Het betreft hierbij voor een groot deel psychosociale problematiek, waarbij nauw wordt samengewerkt met maatschappelijk werkers en de OGGZ verpleegkundige van de GGD.”

U BESTEEDT VEEL AANDACHT AAN DISCRIMINATIE OP DE WERKVLOER, ZOWEL GERICHT TEGEN PATIËNTEN ALS TEGEN ZORGVERLENERS.

“Ik ben regelmatig geschokt door de verhalen die ik hoor van collega’s en studenten met een migratie-achtergrond. Studenten met een migratie-achtergrond vallen vaker uit en krijgen vaker een negatieve beoordeling. Dit komt onder andere door impliciete opvattingen over wat wij goede studenten vinden, bijvoorbeeld dat studenten assertief moeten zijn en dat je moet laten merken aan zelfreflectie te doen. Meisjes met een migratie-achtergrond leren echter vaak dat ze bescheiden en beleefd moeten zijn, waardoor ze afwachtend en niet proactief overkomen. Dit krijgen ze dan als commentaar. Jongens komen vaak juist te stoer of macho over, wat ook niet wordt gewaardeerd. Het gaat dus meestal om onbewuste vooroordelen, actief discrimineren gebeurt zelden. Dit geldt ook voor patiënten. Afrikaanse vrouwen worden bijvoorbeeld vaak gezien als theatraal, waardoor ze in de zwangerschap te laat of onvoldoende aandacht krijgen ten aanzien van gezondheidsproblemen. Het is moeilijk om dit te veranderen, omdat het gaat om het onbewuste. Om die reden is het belangrijk hier in de opleiding al aandacht voor te hebben.”

WAT ZOUDEN JONGE ARTSEN KUNNEN DOEN OM DISCRIMINATIE OP DE WERKVLOER TEGEN TE GAAN?

“Ten eerste, probeer je bewust te worden van je eigen vooroordelen. Op internet bestaan er verschillende testjes die inzicht geven in je eigen vooroordelen, zoals je onbewuste voorkeur voor een bepaalde huidskleur of vooroordelen over vrouwen. Dit zorgt voor een groter begrip, waardoor je je er vaker bewust van kan zijn. Wees ten tweede alert op ‘microaggressies’: ogenschijnlijk onschuldige, vaak humoristisch bedoelde discriminerende, denigrerende en seksistische opmerkingen op de werkvloer. Voorbeelden hiervan zijn grappen over een ‘dom blondje’ tegen een coassistent met blond haar, of een opmerking als ‘jij houdt zeker van bananen’ tegen een collega met een donkere huidskleur. Dit is een onderdeel van de cultuur waardoor het

“Onder sommige migranten leeft de angst dat Nederlandse artsen niet alles zullen doen om hen in leven te houden”

wordt getolereerd en moeilijk is om te veranderen. Wanneer het wel gebeurt, probeer iemand er dan alert op te maken, zonder diegene direct het gevoel te geven racistisch te zijn. Dit is vaak een dun lijntje, maar het blijft belangrijk het gesprek met elkaar aan te gaan, aangezien we wat mij betreft met elkaar die kant op moeten.”

DAARNAAST SPELEN ER CULTURELE VERSCHILLEN IN DE ZORG VOOR PATIËNTEN MET EEN MIGRATIE-ACHTERGROND. KUNT U ER DAARVAN EEN AANTAL MET ONS DELEN?

“Eén van de belangrijkste verschillen is dat veel Nederlanders in de palliatieve fase gaan voor kwaliteit van leven zonder het leven per definitie te hoeven verlengen, terwijl veel mensen met een migratie-achtergrond juist waarde hechten aan zo lang mogelijk leven. Het is belangrijk je dit te realiseren wanneer je het gesprek hierover aangaat. Onder sommige migranten speelt namelijk angst dat Nederlandse artsen niet alles zullen doen om hen in leven te houden. In de huidige tijd gaat het zelfs zo ver dat mensen met een corona-infectie zich soms laten overplaatsen naar hun land van herkomst uit angst dat ze hier niet naar de IC mogen. In lijn hiermee zijn mensen bang dat je in Nederland per definitie euthanasie krijgt wanneer je erg ziek bent. Om deze vooroordelen te kunnen weerleggen en angst weg te nemen, is het erg belangrijk om in gesprek te gaan met migrantenorganisaties, die goede voorlichting kunnen geven. Er zijn ook culturele verschillen in de organisatie en aard van de zorg. Zo hebben veel nieuwe migranten er moeite mee dat Nederlandse dokters minder snel antibiotica voorschrijven dan de artsen in hun land van herkomst. Na goede uitleg begrijpen mensen de overwegingen vaak goed. Tot slot was ik erg verbaasd toen ik voor het eerste hoorde dat veel buitenlandse mensen Nederlandse artsen afstandelijk vinden en graag een warmere dokter zouden willen. Hier was ik zelf wel teleurgesteld in, aangezien ik dacht dat wij vrij warm en egalitair zijn. Dit heeft er waarschijnlijk mee te maken dat artsen in het buitenland vaak paternalistischer zijn en het gevoel geven voor je te gaan zorgen. Wij zijn wat

zakelijker. De tip is om meer persoonsgericht te zijn. Maak aan het begin van het consult even contact door een korte, persoonlijke opmerking of vraag hoe het thuis is. Dit voelt als echte interesse. Migrantenvrachten over het algemeen meer sturing en zijn wat meer afwachtend, maar dat betekent niet dat zij niet mee willen of kunnen beslissen over hun behandeling. Het is dus belangrijk om mensen actief te betrekken in de beslissing door duidelijk uitleg te geven over de mogelijkheden vanuit jouw deskundigheid, en vervolgens te bespreken welke optie het beste in hun leven past.”

HEEFT U TIPS VOOR JONGE ARTSEN TEN AANZIEN VAN HET VOEREN VAN EEN CONSULT MET EEN PATIËNT MET EEN MIGRATIE-ACHTERGROND?

“Ja, twee dingen. Ten eerste het inschakelen van een professionele tolk. In het begin kost dit tijd, maar uiteindelijk bespaart het je veel tijd. Wanneer een patiënt je niet begrijpt, zal diegene namelijk op een later moment toch terugkomen. De jonge generaties dokters doen dit gelukkig al veel beter dan toen ik in opleiding was en hopelijk nemen ze hun opleiders hierin mee. Ten tweede, probeer persoonlijke interesse uit te stralen. Maak een persoonlijke of hartelijke opmerking over een kind of kleinkind of vraag naar hoe het thuis is. Bedenk iets neutraals, maar wel persoonlijks. Dit maakt het verschil in het consult, als mensen je vertrouwen, dan krijg je meer gedaan. Deze investering is heel belangrijk, zeker omdat het in deze groepen moeilijker is om vertrouwen te winnen. Je voelt sneller contact met iemand die dezelfde achtergrond heeft en in dezelfde leeftijdscategorie zit, wat dus lastiger is wanneer iemand uit een andere cultuur komt. Tot slot: In de geneeskunde opleiding wordt te weinig aandacht besteed aan hoe om te gaan met laaggeletterdheid en mensen met een migratie-achtergrond. Wanneer je in opleiding bent, is het vaak al moeilijk genoeg om vaktechnisch dingen onder de knie te krijgen. Probeer uiteindelijk wel ruimte te maken voor deze aspecten, dit maakt het werk leuker voor jezelf en voor de verschillende groepen patiënten!”

Colofon

VL MEDIA Advies

Schorpioen 77
9602 MJ Hoogezand
Telefoon: 06-11352165
Email: info@denerlandse-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:

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@denerlandse-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.



Getinge softwareoplossingen

Efficiënte workflows op de OK en CSA

- OK-management met **Torin**
- OK-integratie dankzij **Tegriss**
- **T-DOC** voor traceerbaarheid
- Inzicht in de patiëntenstroom met **INSIGHT**

Nieuwsgierig?
Scan de code en bekijk de video!

www.getinge.com



GETINGE

Varilabel



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



www.varilabel.nl
info@varilabel.nl

Dräger

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

Dräger. Technology for Life®



NU'91
voor zorgprofessionals



Waarom NU lid worden van NU'91?

NU'91 maakt zich sterk voor jou als zorgprofessional. Niet in theorie, maar in praktijk. Niet eenmalig, maar structureel. Niet straks, maar NU. Daarom zijn jouw inbreng en steun juist NU hard nodig!



Tijdelijk extra aantrekkelijk kennismaken!

Omdat NU het moment is om samen door te pakken op weg naar één cao verpleegkundigen & verzorgenden, is ons kennismakingslidmaatschap tijdelijk aantrekkelijker dan ooit;



Allereerst ontvang je het hele 1^e jaar 50% korting, waarmee het lidmaatschap je slechts €6,87 per maand kost.



Daarnaast ontvang je als je vóór 31-12-'21 lid wordt een bol.com cadeaubon t.w.v. €30,-!



KORTOM:
Dit is hét moment om lid te worden, juist NU...
Zorg dat je niks mist en ga snel naar
NU91.NL/ACTIE óf gebruik de QR code!



Zij die slapen

De blik in de ogen vlak voordat de narcose zijn intrede doet. De angst, de berusting, de overgave. Soms lijkt het alsof het de generale repetitie is voor de lange, diepe slaap die ons allemaal eens zal overvallen. Ik kijk naar de mensen om me heen, blauwe uniformen, mondkmaskers, druk met de voorbereidingen voor de operatie. En ik kijk weer naar de eenzame patiënt op de smalle operatietafel. Je zult maar op een tafel liggen, ontdaan van je kleding en je sieraden, je koude lijf op het witte laken. 'Zucht u nog maar eens diep, de slaap komt eraan, welterusten, we gaan goed voor u zorgen.' Dan zie ik de ogen wegdraaien, de lange diepe zucht, het wegvallen van de knipperreflex van de oogleden, de slappe mond, de totale overgave. Zij die slapen.

Dat ze niet meer geopereerd zal worden staat vast. Ik roep haar de spreekkamer binnen en bied haar een stoel aan. 'Nee dokter, ik kan geen rust vinden, ik weet wat u gaat zeggen, ik blijf graag staan, en als u het niet erg vindt, loop ik ook wat rond.' In haar ogen zie ik angst, onrust, een weerspiegeling van een onheilstijding die ik haar moet gaan brengen. Een paar jaar geleden ontdekte ze een klein rood plekje bij haar rechterborst, het wilde niet genezen. De röntgenfoto van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker was goed. Ze was er blij mee, maar ze had nog gevraagd wat dan dat plekje was bij haar borst. 'Dat moet u met uw huisarts bespreken, ik zie op de foto geen bijzonderheden', had de radioloog nog gezegd. 'Even aankijken, misschien trekt het wel weg', was haar gezegd. Ergens wel een fijn bericht, maar diep in haar binnenste bleef het knagen. Ze vertrouwde het toch niet. En nu is het te laat. Ze weet het en ik vertel het haar. In de hoek van mijn spreekkamer blijft ze staan, ze heeft een plekje gevonden waar ze even rust kan vinden. 'Het is niet eerlijk, ik mag nog niet doodgaan, ik ben net oma geworden en mijn liefste enige kleinkind wil ik zien opgroeien, het mag niet, niet nu al.' Dan vertelt ze dat ze het eigenlijk altijd al heeft geweten, dat het niet goed was, dat ze het niet durfde te zeggen, dat ze bang was voor de onheilstijding, het niet wilde horen en het voor zich uit schoof. Ik vertel haar dat de borstkanker is uitgezaaid naar de longen, de lever en de botten, en dat een operatie niet meer zinvol is. Ik zie haar staan in de oneindig verre hoek van mijn spreekkamer. Wat had ik haar graag willen redden, wat had ik het haar gegund om haar kleinkind te zien opgroeien. Wat had ik, maar ik heb niets. Ik heb niets wat ik haar nu kan bieden. Ik stamel nog iets van een oncoloog en een hormoontabletje, maar ik zie dat ze geen informatie meer tot zich kan nemen. Haar man zit verslagen in de stoel voor mijn bureau. 'De man van' kan zo eenzaam zijn, voor zich uit starend in de verte, in het besef dat de dag komt dat hij alleen door moet.

Hoeveel patiënten zullen de operatiekamers nooit halen? Net voor de finish zakken ze in elkaar, moegestreden. Zij die nog geopereerd kunnen worden, zijn een selectie van een selectie van een selectie. Dat besef is er soms niet als we ze met de angst in de ogen in slaap zien vallen op de operatiekamer. Ze hebben het gehaald, de ziekte zal uit hun lichaam verwijderd worden terwijl ze slapen. Slechts een uur, misschien twee uur, misschien nog wat langer, maar na die diepe slaap waar ze in gebracht zijn, zijn ze geheeld. De heelmeeester doet zijn werk bij de gratie van de diepe slaap. Zij die slapen zijn degenen die nog geheeld kunnen worden, zij die ijsberend door de spreekkamer de gemetastaseerde ziekte toegezegd horen worden, zullen die kans nooit meer krijgen. Zalig zijn de slapenden, zij zullen geheeld worden.

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



DIT ARTIKEL WORDT U AANGEBODEN DOOR OPERATIONEEL, HET VAKBLAD VAN DE IVO.



Strijdvaardig na overlijden van 'kleine blonde held' Luuk

De kleine blonde held. Een vrolijke, lieve knul die hield van K3. Zo herinnert zijn familie Luuk, die in 2012 overleed aan een energiestofwisselingsziekte. Na zijn overlijden is euthanasie bij kinderen op de politieke agenda gezet, mede door inspanning van moeder Marinka. "De hel waar Luuk en wij doorheen moesten, wil ik anderen besparen."





Gert en Marinka Peters werden op 21 december 2007 ouders van Luuk. Hun tweede kind, het broertje van Iris. Wat waren ze gelukkig met zijn komst, maar in de tijd die volgde gingen ze zich steeds meer zorgen maken om hem. Luuk huilde veel, en ondanks geruststellende woorden bij het consultatiebureau voelden Gert en Marinka dat er iets niet klopte. Het duurde echter bijna twee jaar voor de juiste diagnose werd gesteld.

GEEN ONTWIKKELING

De tussenliggende periode was zwaar voor het hele gezin. Luuk huilde veel, vaak hele dagen. Hij werd opgenomen in het ziekenhuis. Zes weken. Daarna negen weken. Het viel Marinka op dat hij zich niet ontwikkelde. De kinderarts kwam kijken, daarna volgden onderzoeken en een MRI-scan. "Ondertussen had Luuk problemen ontwikkeld met drinken uit een fles en viel hij af. Ook de medicatie werkte niet goed."

Toen de artsen vroegen of Marinka wel Luuk zijn voeding en medicijnen gaf, een kwetsend verwijt, besloten zij en Gert om naar een ander ziekenhuis te gaan voor een second opinion. Dat werd het Radboudumc. Opnieuw werden verschillende onderzoeken uitgevoerd. En er werd een nieuwe MRI-scan gemaakt. "Toen ontdekten ze dat de eerdere MRI van het andere ziekenhuis bijna hetzelfde was. Hij had zich niet ontwikkeld."

ZO COMFORTABEL MOGELIJK

Luuk bleef afvallen. Sondevoeding via de neus hielp niet. Gert en Marinka kregen op 7 november 2009 een telefoontje van de neuroloog. "Hij vertelde dat

Luuk een energiestofwisselingsziekte had en dat hier niks aan te doen was." Het nieuws sloeg de grond onder hun voeten vandaan.

Ze wisten dat ze er alles aan zouden doen om het leven van Luuk zo comfortabel mogelijk te maken. Maar hij werd vaker ziek, kwam vaker in het ziekenhuis. "Hij kon op een gegeven moment alleen nog maar liggen en heel af en toe even zitten in een aangepaste stoel."

De artsen wilden Luuk graag een PEG-sonde geven zodat hij zelf minder moeite hoefde te doen, en om van de neussonde af te zijn. Maar voor de operatie moest hij minimaal tien kilo wegen. "Hij woog negen kilo. Toen hij uiteindelijk 9,8 kilo woog, besloten de artsen het toch te doen. Het was een risicovolle operatie: hij kon mogelijk overlijden. Gelukkig doorstond hij de operatie."

GEEN EUTHANASIE

Toch ging het daarna slechter met hem. Toen hij bijna vier jaar was, was hij nog maar 83,5 centimeter groot en woog hij nog maar 6,3 kilo. Het was onvermijdelijk maar ontegenzeggelijk zwaar voor Gert en Marinka om het uiteindelijk te moeten hebben over euthanasie. Maar euthanasie mag niet bij kinderen, bleek. Verdovende medicatie zoals valium was de enige optie. Op 15 maart 2012 moesten ze de palliatieve sedatie laten beginnen, het verlagen van het bewustzijn in de laatste levensfase.

Om 22:00 uur kreeg hij voor de eerste keer valium toegediend, waarna hij vrijwel direct wegzakte in een soort diepe slaap en een grauwe kleur kreeg.

Maar het duurde ruim 24 uur voordat Luuk voor altijd zijn oogjes sloot. Het was een verschrikkelijke dag voor Gert en Marinka. "Uiteindelijk kwam er constant schuim uit zijn neus en mond. Hij ademde met zijn mond wijd open. Zijn lippen waren vuurrood en zijn koppie werd helemaal bol door alle medicatie. Het was niet om aan te zien!" Het schuim was zijn eigen longinhoud: zijn longen waren aan het vollopen. "Onze grootste angst."

VERDRIET EN WOEDE

Op 16 maart om 23.35 uur was Luuk overleden. "We waren hem kwijtgeraakt op een vreselijke manier. Maar wat een opluchting dat deze laatste strijd voor hem voorbij was." De uitvaart, een aantal dagen later, was zwaar. "Maar het was heel erg druk en mooi!" Na het afscheid hakte het besef er wel in: Gert, Marinka en Iris waren thuis, maar nooit meer compleet.

De dagen erna ervoer Marinka veel woede. Waarom is euthanasie niet beter geregeld voor kinderen? Ze nam zich voor om zich hiervoor in te zetten.

PLEIDOOI VOOR EUTHANASIE

Samen met de kinderarts en het bestuur van het ziekenhuis bespraken ze de mogelijkheden. Dit leidde tot een goed contact met een journaliste. Hun verhaal werd gepubliceerd in de krant en een maandblad voor ouders.

Na enige tijd werd Marinka benaderd door een aantal jonge mensen uit de politiek die een symposium wilden houden over euthanasie bij kinderen. "Op de vraag of ik hier wilde spreken, heb ik zonder na te denken direct ja gezegd. Vreselijk eng om voor een grote groep mensen te spreken, maar natuurlijk wilde ik dit doen. Het ging erg goed, de hele zaal luisterde aandachtig."

Daarna is het lang stil gebleven, totdat minister Hugo de Jonge het onderwerp weer op de agenda zette in de kamer. RTL Nieuws besteedde aandacht aan het item en ook hier vertelde zij haar verhaal en waarom euthanasie voor kinderen van één tot twaalf jaar zo belangrijk kan zijn in uitzonderlijke situaties. Uit onderzoek kwam naar voren dat jaarlijks ongeveer vijf tot tien kinderen in die leeftijdsgroep in aanmerking komen voor actieve levensbeëindiging. "Er komt verandering aan. Luuk heeft er helemaal niks meer aan, maar de hel waar hij en wij doorheen moesten, mag niemand meemaken!"

FELLE STER

Inmiddels is het ruim negen jaar geleden dat Luuk overleed. "We zijn verder gegaan met ons leven, maar Luuk is er altijd bij." Iris is een leuke puber van veertien jaar. En sinds zes jaar geleden is ze zus geworden van broertje Bas. Bas, die vragen stelt over Luuk en zo toch nog iets over zijn broer komt te weten. "Als we samen wandelen roept hij soms ineens: 'Mam, kijk eens! Daar is Luuk!'. En dan wijst hij naar een felle ster. Hij leeft voor altijd voort in onze harten."

HELP IEDEREEN MET EEN ENERGIESTOFWISSELINGSZIEKTE!

Doneer en Steun Stichting Energy4All op weg naar een medicijn





Kerstwensen van ondernemende gezondheidspioniers

Bouwen aan duurzame oplossingen ter verbetering van de gezondheidszorg in Afrika

Wat is er mooier dan je hart te laten spreken en je in te zetten voor je medemens? Raymond Agalga uit Ghana, Faida Phiri uit Malawi en Ali Salim uit Kenia doen dit als ondernemende gezondheidspioniers en uiten hun idealen in kerstwensen. Het Nederlands Albert Schweitzer Fonds deelt hun wensen en vraagt aandacht en steun hiervoor.

Raymond Agalga wenst schoon water door het aanleggen van een watervoorziening op zonne-energie en het aanplanten van een nieuw bos in een arme dorpsgemeenschap in Noord-Ghana. Faida Phiri wil ervoor zorgen dat alle meisjes uit haar omgeving naar school kunnen blijven gaan, de beschikking hebben over maandverband, water en wc's op 3 grote plattelandsscholen in Malawi. En Ali Mwaziro droomt van een menswaardiger bestaan voor kinderen met een handicap in Kenia. Hij wil een nieuw behandelcentrum bouwen waar 300 kinderen therapie kunnen krijgen, zich hierdoor mentaal en fysiek kunnen ontwikkelen en zo perspectief hebben op een menswaardiger bestaan.

KERSTWENSEN IN VERVULLING LATEN GAAN

'De kerstwensen van Raymond, Faida en Ali zijn prachtige initiatieven van drie actieve en gedreven gezondheidspioniers die wij als NASF van harte aanbevelen', vertelt Frans Hiddema voorzitter NASF. 'Onze missie is om mensen in Afrika te helpen een goede gezondheid te krijgen of te houden. We volgen hierbij het gedachtegoed van arts, Nobelprijswinnaar, filosoof en gezondheidspionier dr. Albert Schweitzer. Eerbied voor het leven, was zijn motto. Daarnaast geloofde hij in lokaal gesteunde initiatieven om de zelfredzaamheid te bevorderen. In het verlengde hiervan ondersteunen wij als NASF lokale en kleinschalige projecten van gezondheidspioniers in landen in Sub-Sahara Afrika. Projecten die groot draagvlak hebben bij lokale partners en de lokale bevolking en samen met hen ter plekke geïnitieerd, uitgevoerd en voortgezet worden', aldus Frans Hiddema. 'Deze aanpak is bewezen effectief. Met kleine projecten



De huidige waterbron is onveilig. Er is grote behoefte aan schoon drinkwater.



KERSTWENS RAYMOND AGALGA:

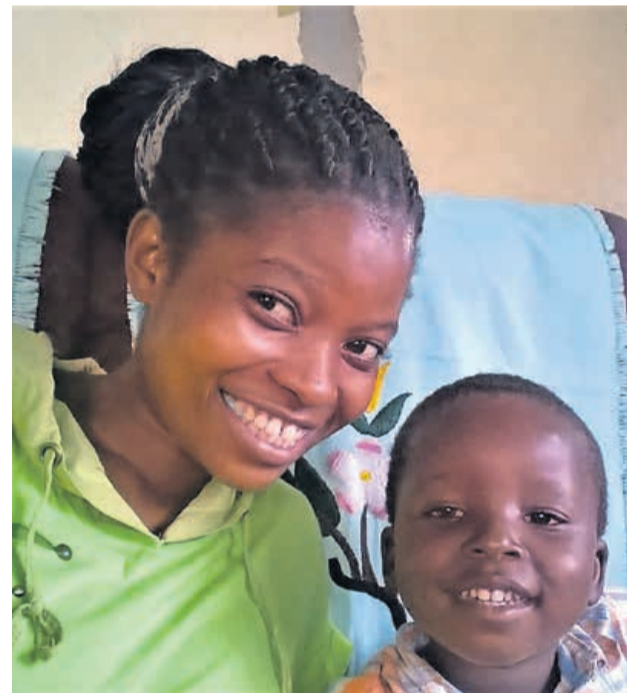
Schoon water op zonne-energie en aanplanten nieuw bos in Noord-Ghana.

'Ik breng mijn passie mee en de liefde voor mijn medemens. Zoals veel jonge Afrikanen draag ik graag mijn steentje bij aan een betere samenleving'.

Raymond is opgegroeid in het noorden van Ghana, een erg arm gebied. Hij wil graag een bijdrage leveren aan het verbeteren van de situatie in de streek waar hij vandaan komt.

werken aan een groot idee. En met duurzaamheid als logisch geïntegreerd onderdeel van de werkwijze en aanpak. De projecten van Raymond, Faida en Ali zijn voorbeelden van projecten die hier heel goed in passen'.

In het dorp in Noord-Ghana wonen 2000 mensen, zij hebben geen toegang tot schoon en veilig water. Raymond: 'We willen daarom een waterpomp aanleggen die werkt op zonne-energie. En we planten een nieuw bos aan, zodat regenwater beter wordt vastgehouden in de grond. Dit gaat helpen om de watersituatie in dit gebied duurzaam te verbeteren. De bewoners betalen een klein beetje voor het water, iedereen kan dit betalen. Met dit geld wordt de pomp onderhouden. De aanleg en het beheer ligt bij de mensen zelf. Uit de praktijk blijkt dit dé manier is om watervoorziening en bosaanplant duurzaam te organiseren'.



KERSTWENS FAIDA AMURANI PHIRI:

Meisjes naar school, duurzaam maandverband, water, schone wc's, handwasgelegenheid op plattelandsscholen in Malawi

'Vrouwen in Malawi hebben vaak te maken met onrecht en worden vaak achtergesteld. Daar wil ik écht duurzaam iets aan doen'.

Faida is een gedreven en ambitieuze vrouw. Samen met een groep jonge onderwijzers maakt ze zich zorgen over het grote aantal meisjes dat voortijdig stop met school want ze hebben geen maandverband en er zijn geen deugdelijke wc's of handwasgelegenheden op school. Ze missen hierdoor iedere maand onderwijs en raken hierdoor achterop.

Faida: 'Wij willen dat dit gaat stoppen door herbruikbaar maandverband te laten maken door vrijwillige 'Mothers Groups' voor de schoolmeisjes, voorlichting te geven en faciliteiten aan te leggen:

schone, veilige wc's, handwas faciliteiten en een kleedkamer. We houden de meisjes dan gewoon op school. Het is een beproefde aanpak. De scholen zijn er klaar voor, net als de Mother Groups en de leerlingen. Wij willen allemaal dolgraag aan de slag'. Voor nog geen EUR 3,40 per kind heeft een meisje de beschikking over duurzaam maandverband, water, schone wc's, kleedruimte en voorlichting.

Faida heeft 8.765 euro nodig om ervoor te kunnen zorgen dat duizenden meisjes op school blijven, wat een enorme positieve impact heeft op hun verdere leven.



KERSTWENS ALI SALIM MWAZIRO:

Gehandicapte kinderen therapie geven en perspectief bieden op een menswaardiger bestaan

'Wat mij drijft is het gevoel van voldoening dat ik ervaar wanneer een kind en haar of zijn ouders hoop krijgen en zien dat een betere toekomst mogelijk is, terwijl ze tot dan toe alleen maar wanhoop en machteloosheid hebben ervaren. Hun oprechte glimlach en geluk is alles voor mij.'

Ali heeft in 2010 samen met een aantal anderen Kidscare Kenia opgericht. Nu is hij als directeur de drijvende kracht achter deze organisatie.



Therapie betekent mentale en fysieke ontwikkeling en perspectief op een menswaardig bestaan

Cerebrale parese komt in LungaLunga relatief veel voor doordat vrouwen geen hulp kunnen krijgen tijdens de bevalling. 'Veel gehandicapte kinderen zijn verwaarloosd en maken geen mentale of fysieke ontwikkeling door. Door schaamte, maar ook doordat ouders niet weten wat ze moeten doen en ze geen hoop hebben dat hun kind ook maar iets kan leren. Wij geven deze kinderen aandacht en zorg. We zien ze mentaal en fysiek enorme sprongen maken dankzij onze therapie. Bovendien leren ouders dat ze hun kind wél kunnen helpen en er wél van mogen houden. De huidige capaciteit in ons behandelcentrum is echter te beperkt en er is een lange wachtlijst. We willen graag een groter therapiecentrum bouwen voorzien van alle nodige therapiematerialen, zodat we op korte termijn nog eens 300 kinderen kunnen helpen en nog veel meer daarna.

Ali heeft 13.960 euro nodig voor het renoveren van het therapiecentrum en het aanschaffen van de benodigde therapiematerialen om nog honderden kinderen meer te helpen.

STEUN DE KERSTWENSEN VAN RAYMOND, FAIDA EN ALI MET EEN DONATIE!

- *Schoon water op zonne-energie en het aanplanten van nieuw bos in Ghana - kerstwens van Raymond Agalga*
- *Meisjes naar school, duurzaam maandverband, water, schone wc's, kleedruimte en voorlichting op plattelandscholen in Malawi - kerstwens Faida Amurani Phiri*
- *Therapie voor gehandicapte kinderen in Kenia en perspectief bieden op een menswaardiger bestaan - kerstwens van Ali Salim Mwazi*

Steun deze gezondheidspioniers en doneer op IBAN NL51 ABNA 0470 380 578 ten name van het Nederlands Albert Schweitzer Fonds. Liever gericht geven, dat kan onder vermelding van de soort kerstwens: 'kerstwens Raymond 2021', 'kerstwens Faida 2021' of 'kerstwens Ali 2021'. Ook is het mogelijk te doneren op www.nasf.nl.

OVER HET NEDERLANDS ALBERT SCHWEITZER FONDS (NASF)

Mensen in Afrika helpen een goede gezondheid te krijgen of te houden is de missie van het NASF. De stichting volgt hierbij het gedachtegoed van arts, Nobelprijswinnaar, filosoof en gezondheidspionier dr. Albert Schweitzer. Eerbied voor het leven was zijn motto. En geloof in lokaal gesteunde initiatieven om de zelfredzaamheid te bevorderen. Het Albert Schweitzer Fonds steunt daarom projecten in Afrika die concreet de gezondheid verbeteren. Kleinschalige, slimme gezondheidsinitiatieven die impact maken. Lokaal gesteunde en opgezette projecten die grote kans van slagen hebben in Sub-Sahara Afrika en bijdragen aan de Sustainable Development Goals van de Verenigde Naties. Elke euro die het NASF ontvangt uit donaties wordt ingezet om projecten te financieren. Projecten die zich kenmerken door praktische oplossingen en een gedegen duurzame uitvoering volledig conform een plan en met lokale kennis, steun en expertise. Van Burkina Faso tot Oeganda. Van waterput tot kraamkliniek. Voor meer informatie: www.nasf.nl.



Faida aan het werk op het platteland

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."¹

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 geïmplementeerd². In de review wordt ook gekeken naar de effectiviteit van de Qlicksmart CheckCLIP bij het verminderen van incidenties en medicatiefouten in paramedische contexten.



Scan to See the Checkclip in Action!

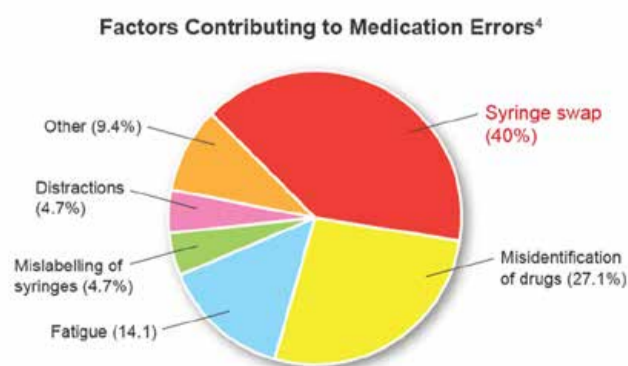
CheckCLIP vs. Current Practices	CheckCLIP	Medical Sticky Tape	Hand Written Label	Drug Class Colour Coded Label
Attach ampoule to syringe	Yes	Yes	No	No
Visual cross checking of drug/dose details	Yes	Poor or obscured	No	No
View of syringe increments	Yes	No	No	No
Clear indication of drug concentrations	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%
- Afleiding - 4,7%
- Verkeerd labelen van spuiten - 4,7%



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 repercussies 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, E: 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
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 Inviro Medical Devices." from www.nursingworld.org/MainMenuCategories/OccupationalandEnvironmental/occupationalhealth/SafeNeedles/2007InviroStudy.aspx

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
voor de research poster:

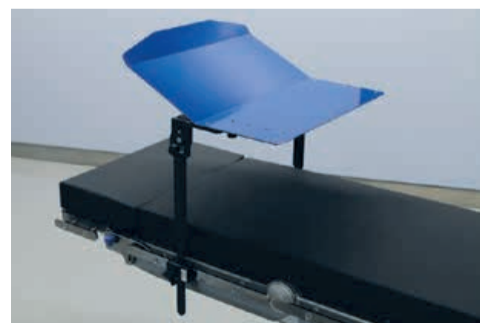
**'Preventing patient sliding
in steep Trendelenburg'**



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
da-surgical.com



CARE FOR HEALTH
www.careforhealth.eu



TrenGuard™ Covered by Patent # 9149406B2, Multiple Patents Pending Copyright 2018 D. A. Surgical All Rights Reserved L10971A7

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

Stap 1



Druk op de knop en houd 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

ACCURACY MATTERS

