

Van GROOT naar klein... Bon bini na Boneiru!

**HET ONTSTAAN
VAN DE ELECTRONIC
SCOPE AIR LEAKAGE
TESTER**

Uitgelicht/getipt:
KLOMPEN

**NIEUWE MODULAIRE
PP+ TRANSPORTBAKKEN
THERMISCH DESINFEC-
TEERBAAR**

Van de voorzitter ● *Billie Sterillie*
● *De CSA van toen en nu* ● *Verslag SVN voorjaarscongres*



LANCERING NIEUWE LOGO!

Wij zijn trots. Vandaag lanceert Medivators een nieuw logo. Op al onze uitingen zult u ons vernieuwde logo zien. Dit nieuwe logo past helemaal bij wie we zijn. Wij zijn Cantel Medivators.

Waarom een nieuw logo?

We hebben gemerkt dat we binnen de markt nog een flinke groei kunnen realiseren als het gaat om bekendheid van onze organisatie.

Een nieuw logo past bij het bedrijf dat we inmiddels zijn geworden en de ambities die we hebben.

Vanaf vandaag is het nieuwe logo overal te zien. In deze nieuwsbrief, op congressen, maar natuurlijk ook op onze website. Dit schept niet alleen voor ons, maar ook voor u als klant veel duidelijkheid.

Daarnaast blijven we gewoon doorgaan met waar we goed in zijn. Cantel Medivators is een toonaangevende partner op het gebied van infectiepreventie en controle.

Wij zijn gespecialiseerd op het bieden van totaaloplossingen en producten rond het reinigen en desinfecteren van endoscopen. Elke dag zetten wij ons in voor het beschermen van patiënten, het minimaliseren of vermijden van infectie risico's, reduceren van klinische variatie, het optimaliseren van efficiëntie en het verbeteren van de patiëntenzorg.

In touch

Cantel Medivators hecht veel waarde aan een goede relatie met haar klanten. Vanaf februari zult u regelmatig op de hoogte worden gebracht van de wijzigingen in de (lokale) richtlijnen, aankomende belangrijke congressen, product lanceringen, product updates en interessante acties. Speciaal voor u!

Heeft u vragen, suggesties of opmerkingen? We blijven graag met u in contact. U kunt ons bereiken via onderstaand telefoonnummer of door het sturen van een e-mail.

INHOUD



12
Sandy Oostveen:
“Hygiëne is
altijd mijn passie
geweest.”

- 5 Van de voorzitter
- 6 Electronic Scope Air Leakage Tester
- 9 De CSA van toen en nu
- 11 Billie Sterillie
- 12 Interview Sandy Oostveen
- 14 Jack van Astenprijs 2017
- 15 Bart van Oost op Bonaire
- 17 Verslag SVN Voorjaarscongres
- 20 Modulaire PP+ transportbakken
- 22 Uitgelicht/getipt
- 25 Districtspagina

COLOFON

Parametric Release is een uitgave van Sterilisatie Vereniging Nederland en verschijnt driemaal per jaar.

Redactie: Jetty Baars voorzitter, Anja Broekhuizen secretaris, Adrie Brouwers advertentiebeheerder, Errol Babel redactie, René Vis redactie, Jeroen de Geus redactie en webmaster.

Redactie, bladmanagement en productie: Luiken Karstens | uitgevers achter de schermen.

Kopij: Inzenden voor 15 juni 2017 naar PR@sterilisatievereniging.nl.

Informatie, opdrachten, advertenties en abonnementen:
PR@sterilisatievereniging.nl

Redactionele inzendingen worden op prijs gesteld en worden door de redactie, samen met de inzender, op publicitaire waarde beoordeeld. De redactie is verantwoordelijk voor alle niet gesigneerde artikelen. Overname van teksten is alleen toegestaan met bronvermelding. SVN is niet verantwoordelijk voor de inhoud van de advertenties.



GOED INZICHT DOOR 360° CONSULT ENDOSCOPISCHE HYGIËNE

Olympus biedt u, als enige leverancier van flexibele endoscopen in de markt, het 360° Consult Endoscopische Hygiëne. Van de machinale reiniging en desinfectie, alle manuele handelingen op de endoscopieafdeling, het transport van en naar de CSA, tot aan de voorreiniging en inspectie op de CSA en natuurlijk het goed gebruik van droogkasten. De zwakste schakel bepaalt de kracht van de keten.

Voordeel voor u: door het 360° consult heeft u goed inzicht in de sup optimale schakels van het gehele hygiëne proces en kunt u, indien nodig, correctieve maatregelen nemen.

Contact

Neem voor meer informatie contact op met:

Marcel Vonk, Senior CDS Consultant
071-545 0858
06-538 28 429
marcel.vonk@olympus.nl



Van MDD naar MDR, de Europese richtlijnen voor medische hulpmiddelen zijn aan het veranderen. Tijdens het SVN congres van afgelopen 17 maart hebben verschillende sprekers inzichten gedeeld met SVN en deelnemers aan het congres. Maar wat vindt SVN nu van bijvoorbeeld hersterilisatie van medische hulpmiddelen voor eenmalig gebruik? Veiligheid en kosten van medische zorg kunnen hier met elkaar in conflict komen. In Nederland moeten we wat mij betreft blijven openstaan voor deze discussie. Ik ben benieuwd welk standpunt de Nederlandse ziekenhuiszorg uiteindelijk zal gaan innemen.

Een andere ontwikkeling betreft de onzekerheid over de WIP-richtlijnen. Op dit moment is het nog onduidelijk hoe de opvolging van de richtlijnen over ons werkgebied zal zijn. Samen met vDSMH houden we vinger aan de pols. Ik vind samenwerking tussen de verschillende stakeholders essentieel. Als ik een poging ga doen om alle stakeholders te benoemen zal ik er minimaal één vergeten. Om aan te geven hoe lastig het is om door het werkveld gedragen normen vast te stellen: VHIG, NVMM, VIZ, vDSMH, SFERD, SVN...

en per richtlijn is de samenstelling anders. SVN geeft nu al input aan WIP-richtlijnen, maar ik vind het een verantwoordelijkheid van de veldpartijen om overlap in richtlijnen te voorkomen. De afspraken dienen helder en eenduidig te zijn voor het veld en de toezichthouders.

De uitdaging voor SVN is de kennis omtrent ontwikkelingen te delen met de leden, maar net zo belangrijk de mening van SVN te laten horen in normontwikkeling. SVN biedt vandaag de dag een krachtig platform, onze leden hebben verschillende achtergronden. De meeste leden zijn MSMH, daarnaast zijn kwaliteitsmedewerkers, leidinggevend, DSMH's, ziekenhuishygiënist, technici, valideurs, producenten van medische hulpmiddelen of CSA procesinrichting en logistieke medewerkers lid van SVN. Hiermee kan SVN al breed kennis bundelen en actief meedenken met bovengenoemde ontwikkelingen. SVN = toekomstbepalend kennisdelen. ■

Tom Pereboom
Voorzitter SVN

Het ontstaan van de Electronic Scope Air Leakage Tester



Een herkenbaar gegeven op vele centrale sterilisatieafdelingen, is de sterk wisselende procedure tijdens de handmatige voorreiniging van scopen. De ene CSA-medewerker laat de scope twee minuten aan de lektester zitten, de ander maar dertig seconden. De ene medewerker constateert een lek wanneer de scope terugloopt van 220mBar naar 200mBar en de ander pas bij 180mBar of via de luchtbelletjes in het waterbad. Het proces is dus niet reproduceerbaar en sterk afhankelijk van de betreffende CSA-medewerker. Reden voor Bas Vriend, teamleider CSA van de Zutphense locatie van het Gelre ziekenhuis, om samen met Frans Schwartz, ontwikkelaar en oprichter Scooptronic, een slimmere lektester te ontwikkelen.

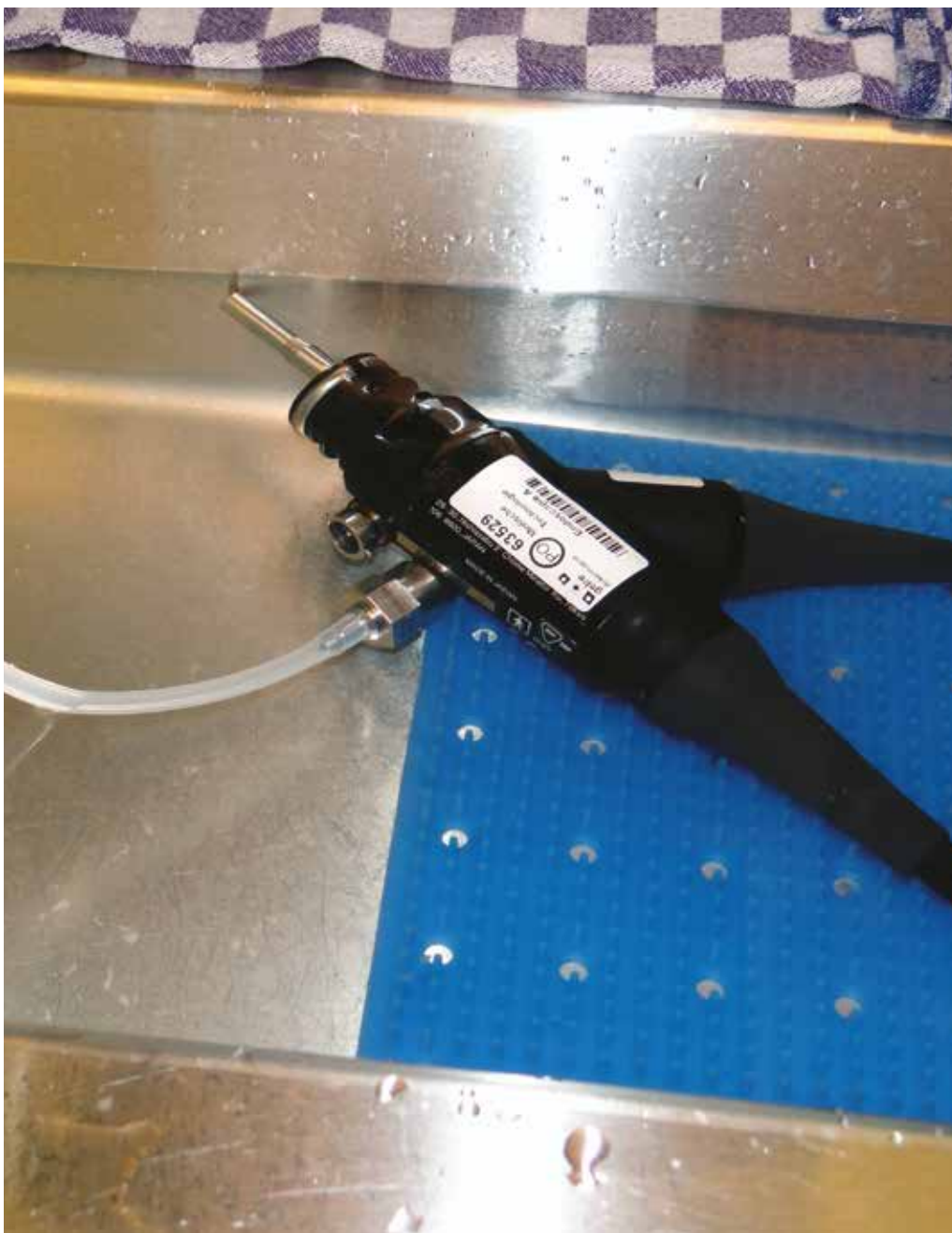
Bas Vriend vertelt: "Na de handmatige voorreiniging, wanneer de scope in de desinfectiemachine is geplaatst, komt de scope soms niet door de lekttest van de desinfectiemachine. De oorzaak kan liggen in een lekke scope, een defecte afdichting of een onjuiste aansluiting. Doet een dergelijk euvel zich voor, dan is dat best vervelend. Het desinfectieproces moet worden afgebroken om het probleem te vinden en op te lossen, wat altijd extra tijd kost. Ook komt het voor dat scopen onjuist getest, bijvoorbeeld met onopgemerkte microlekkages, de desinfectiemachine ingaan. De lekkages kunnen schade veroorzaken aan de scope, wat reparatiekosten met zich meebrengt.

Dat moet beter kunnen, vond ik." Bas Vriend zocht contact met Scooptronic, die met al zijn informatie aan de slag is gegaan. Na onderling ideeën te hebben uitgewisseld kwam Scooptronic met het eerste prototype van de Electronic Scope Air Leakage Tester 'ESALT'.

De testfase

Met het eerste prototypemodel heeft de CSA van het Gelre Ziekenhuis Zutphen ruim een jaar lang uitvoerig getest. Tijdens deze testfase opgedane ervaringen werden door Scooptronic verwerkt in het demomodel. "Wat bijvoorbeeld bleek, is dat wanneer je een grote scope nauwkeurig wil testen, je deze 120 seconden lang moet testen op





lektheid. Dit is bij kleine scopen van minder belang omdat bij lekkage de druk sneller zakt.", vertelt Bas Vriend. "Inmiddels kan de ESALT een grote scoop zoals een colonscoop van een kleinere zoals de bronchoscoop onderscheiden en daar zijn meettijd op aanpassen. Het blijkt dat wanneer je een scoop in een bad doet met een watertemperatuur van meer dan 30 graden, de druk oploopt in de scoop. Daardoor zijn kleine lekkages bijna niet meer te detecteren. De ESALT kan nu de overdruk detecteren en

zal deze overdruk in de meting verwerken, zodat ook de kleine lekkages toch kunnen worden opgespoord."

Gebruikerservaring

Inmiddels is het prototype vervangen door het productiemodel en draait er sinds eind 2015 binnen Gelre ziekenhuizen een drietal ESALT lektesters. Met een relatief geringe investering is de ESALT een constante factor gebleken. Een kwaliteitsverbetering binnen de scopenreiniging van de Gelre ziekenhuizen.



De lektester werkt op het GO or NO GO principe; door middel van een rode of groene led. Het lektesten is een reproduceerbaar proces geworden en niet langer afhankelijk van andere factoren zoals tijd, druk en inschattingen van de CSA-medewerkers. De verwachting is dat de ESALT niet alleen tijd bespaart, maar ook scoopschades voorkomt.

Interesse?

Inmiddels heeft, naast de Gelre Ziekenhuizen, ook een aantal andere ziekenhuizen interesse getoond in de ESALT. Op sommige CSA's wordt het zelfs al gebruikt. De lektester is voor elke gebruiker naar wens in te stellen. Heeft u interesse in gebruikerservaringen? U kunt terecht bij Bas Vriend, Teamleider CSA Gelre ziekenhuis, locatie Zutphen via e-mailadres b.vriend@gelre.nl.

De ESALT is een product van Scooptronic en wordt geleverd door Surgical Technologies BV in Didam. Zie ook www.scooptronic.eu voor de productinformatie. ■

*Lisette van der Lans
Tekstschrijver*

Marylene Paes over de CSA van toen en nu

Mijn carrière als sterilisatieassistent begon in 1969. Ik was 19 jaar, kwam van de mulo en wist niet wat ik wilde gaan doen in mijn arbeidzame leven. Mijn vader zag een advertentie van het toenmalige SAZU (Stads- en Academisch Ziekenhuis Utrecht) op de Catharijnesingel in Utrecht waar ik op solliciteerde. De sollicitatieprocedure was erg eenvoudig, een gesprek met de hoofdzuster Zr. Boeder, en ik was aangenomen. Even langs personeelszaken en het was voor elkaar.



Mijn eerste salaris bedroeg 225 gulden. Daarvan kreeg ik 25 gulden contant in een bruin zakje en de rest via de giro wat toen heel erg nieuw was. Ik heb de afdeling waar ik kwam te werken toen niet te zien gekregen, omdat ze die nog aan het bouwen waren. Per 1 september 1969 kwam ik in dienst en de nieuwe afdeling was nog niet klaar en daarom zaten we met 4 dames boven een verpleegpaviljoen. Het was een ruimte met spoelbakken waar we spuiten met de hand schoonmaakten en daarna uitkookten. Dat was het enige wat wij schoonmaakten, want de rest werd op de OK's en de verpleegafdelingen zelf gedaan.

Gelukkig werd daarna snel de nieuwe CSA geopend, wat voor die tijd een prachtige afdeling was. We hadden 2 Miele wasmachines, een droogkast en 2 stoom-sterilisatoren met

een soort vliegwiel als deurvergrendeling. We begonnen met 4 dames en al snel groeide de afdeling naar 7 medewerkers. Laminaat was er alleen op rol en we zaten hele middagen zakjes voor de spuiten en naalden te maken.

Er was geen enkele disposable en alle spuiten en naalden van het hele ziekenhuis kwamen naar ons toe. We hadden een oudere meneer die 's morgens het vuile instrumentarium ophaalde en 's middags weer terugbracht. Het instrumentarium werd in rode bakken gedaan die op de afdelingen stonden en in water met halamid (een desinfectant) lag. Het instrumentarium kwam nat uit de wasmachine en ging dan in de droogkast waar je je handen aan brandde.

Ook hadden we een kamer waar we instrumenten steriliseerden, die niet tegen

hoge temperaturen konden, met ethyleen oxide gas. Daaronder waren bijvoorbeeld ook pacemakers. Regelmatig ging er iets mis met de ethyleen oxide sterilisator en moesten we de afdeling evacueren en wachten tot de technische dienst het probleem had verholpen.

Ook was er een vaste middag dat er borstkussentjes en maandverband moest worden verpakt en verband opnieuw opgerold werd met een machine. Dit verband kwam van onze wasserij die op het terrein was gehuisvest. De operatiekamer had een eigen sterilisatieafdeling waar de verpleegkundigen na de OK zelf de sets in de wasmachine deden en in de stoomsterilisator die op de OK stond. Op de CSA was geen enkele registratie van instrumentarium wat bij ons werd aangeboden en weer de afdeling verliet.



Ook het katoenen afdek materiaal en de OK jassen viel onder ons beheer en in de middag sorteerden we de was. De jassen en doeken gingen in sterilisatietrommels en die waren erg zwaar. Niemand had toen nog van ARBO gehoord.

In 1973 kwam er een opleiding voor sterilisatieassistenten van de LOI waar ik met nog een collega aan meedeed. Het was een hele opgave: instrumentenleer, hygiëne, anatomie en sterilisatieleer. Ik behaalde in hetzelfde jaar samen met mijn collega en nog 20 andere cursisten als eerste het diploma. We waren er erg trots op.

Na 9 jaar in het SAZU gewerkt te hebben, dat toen AZU werd, vond ik het tijd om mijn vleugels uit te slaan. Ik ben toen in het Ooglijders Gasthuis begonnen waar ik de enige sterilisatieassistent was. Het betrof hier alleen heel delicaat oogheelkundig instrumentarium. Dit moest met een zacht borsteltje schoongeborsteld worden en dan werd het in een hete luchtsterilisator gesteriliseerd. Er waren daar maar 2 OK's en er was niet erg veel werk voor een sterilisatieassistent. Ook daar was instrumentarium dat niet tegen hoge temperaturen kon en dat ging in een sterilisator met gasampullen. Deze stond gewoon tussen de 2 OK's in, dit zou je nu toch niet meer verzinnen! Ik had het erg naar mijn zin in het Ooglijdersgasthuis, maar door een fusie met het AZU zou ik naar het nieuwe AZU moeten verhuizen (wat ze toen al volop aan het bouwen waren). Dit trok me niet erg aan. Na een sollicitatie kwam ik in het Militair Hospitaal in Utrecht terecht. Hier was weer een klein team van 7 personen die onder de OK vielen.

Het hoofd was een dienstplichtige Apotheker en er heerste een hele fijne sfeer. Ze waren daar toen al met barcodes bezig, wat erg fijn werken was. De disposables waren in opmars en dat nam ons veel werk uit handen. Waar we in het SAZU nog hoofdverbanden en tuffers zelf naaiden kwam dit hier gewoon binnen via de leverancier. De nieuwe wasmachines hadden raampjes waardoor je kon zien wat er gebeurde in de machine. De stoomsterilisatoren waren erg verouderd en daardoor waren er regelmatig storingen. We moesten toen uitwijken naar andere ziekenhuizen, onder andere het Oudenrijn ziekenhuis, of naar de psychiatrieafdeling op de Springweg, wat een onderdeel was van het Militair Hospitaal.

Het Militair Hospitaal ging verhuizen en de CSA ging fuseren met de CSA van het AZU. Hoewel ik het erg naar mijn zin had in het Militair Hospitaal trok me de fusie met het AZU me niet aan. Een van de anesthesieverpleegkundigen die bij ons stage had gelopen vertelde me dat er een vacature was bij de faculteit diergeneeskunde. In 1989 vertrok ik naar Diergeneeskunde op de Uithof in Utrecht. Na een aantal maanden werd ik daar aangenomen als hoofd van de CSA, een afdeling die uit 3 personen bestond.

Een heel andere organisatie, veel informeler en veel losser met de artsen: een verademing. Het werk was verschillend, maar het instrumentarium was wel hetzelfde. Op de OK worden gezelschapsdieren geopereerd, waarbij hetzelfde soort instrumentarium wordt gebruikt als bij mensen. De afdeling was erg verouderd maar er was toen beloofd dat er nieuwbouw zou gaan plaatsvinden. De nieuwbouw heeft in totaal nog 15 jaar geduurd.

Op deze CSA doen we eigenlijk alles; van hechtmateriaal, schroeven en platen bestellen tot aan OK's klaarzetten. In het begin viel ook de apotheek onder ons beheer wat na de nieuwbouw door de apotheek werd overgenomen. Er werden urinekatheters hergebruikt, tot ik hier een stokje voor stak. In de loop der jaren zijn er veel veranderingen doorgevoerd wat tot een up-to-date CSA heeft geleid. Verschillende humane ziekenhuizen zijn hier komen kijken hoe deze

kleine afdeling het zo goed voor elkaar had. Doordat het steeds drukker werd, kwam er een personeelsuitbreiding van 3 naar 4 collega's. Na de nieuwbouw kregen we een prachtige afdeling met 2 Miele wasmachines, 2 MMM stoomsterilisatoren en een ultrasoon. Natuurlijk bleven er nog wensen over, zoals bijvoorbeeld een Track en Trace systeem. Vanwege geldgebrek, net zoals bij andere ziekenhuizen, konden niet alle wensen worden vervuld.



Na 26 jaar daar werken is mijn pensioen in zicht gekomen en ben ik sinds februari 2016 2 dagen per week gaan werken. Ik wilde ook van al die verantwoordelijkheden af en na een sollicitatieprocedure is er een nieuwe hoofd CSA aangesteld. Dit nieuwe hoofd heeft het voor elkaar gekregen dat het ERBA SOFT systeem werd aangeschaft. Dit is een overzichtelijk softwarepakket waarin het klaarzetten van de OK, het Track en Trace systeem en het magazijnbestand zit. Het systeem is zo gebruiksvriendelijk dat het ons meer tijd geeft om andere dingen te doen waar we daarvoor te weinig tijd hadden. In december 2017 ga ik met pensioen. Ik heb heerlijke jaren gehad met veel vernieuwingen op de verschillende CSA's. ■

*Marylene Paes
Medewerker sterilisatie
Universiteit Utrecht
Departement van Gezelschapsdieren*

Stoomsterilisatoren

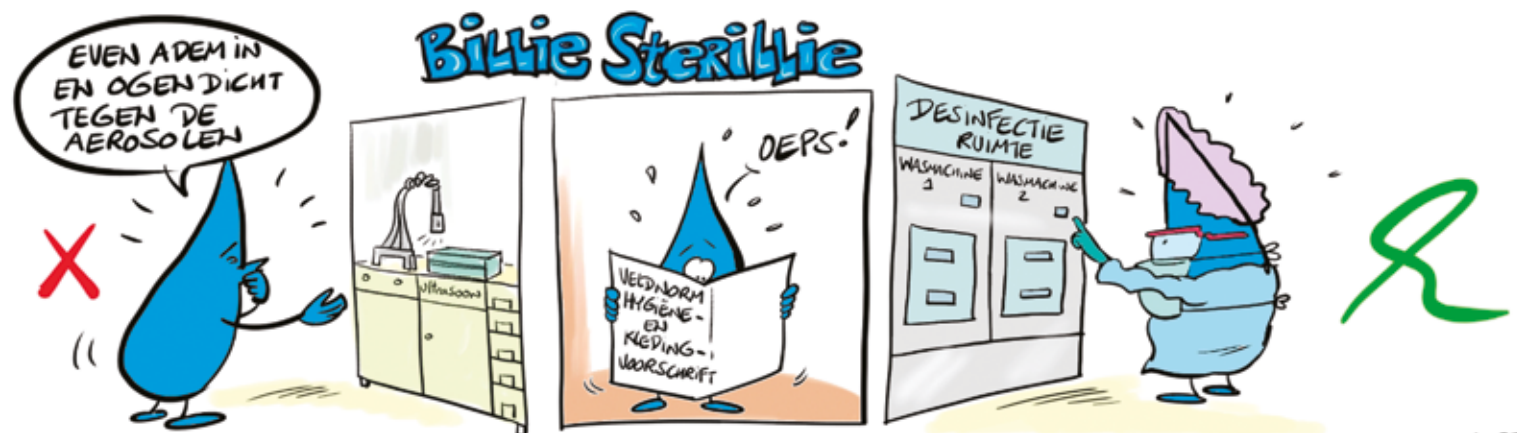
DS 2000 HR

- ✓ Nederlands fabricaat
- ✓ Proces geschikt voor lumen
- ✓ Energiezuinig
- ✓ Gunstige TCO
- ✓ Korte procestijden
- ✓ Air detector & Trendanalyse
- ✓ 12" kleuren touchscreen



Tel 078 - 6916100
Fax 078 - 6916640
info@pmtpartners.nl

PMT Partners Medische Techniek BV
Ohmweg 23
2952 BD Alblasterdam
www.pmtpartners.nl



Het ontstaan van een hygiëne- en kledingrichtlijn voor CSA en SRD medewerkers

In 2015 werd in opdracht van SVN de werkgroep Hygiëne- en kledingvoorschrift CSA/SRD (centrale scopen reiniging en desinfectie) geformeerd. Het was tijd voor een eenduidige gefundeerde hygiëne- en kledingrichtlijn voor CSA medewerkers aangezien de huidige regelgeving algemene kaders beschrijft die niet specifiek genoeg zijn voor toepassing binnen de CSA/SRD. Het streven is een veldnorm die geaccepteerd wordt door het complete werkveld, waarmee de medewerkers- en patiëntveiligheid wordt verhoogd. Sandy Oostveen is voorzitter van de werkgroep, die de veldnorm in december 2016 aan het SVN bestuur overhandigde. Een gesprek over de totstandkoming van de veldnorm.



Sandy Oostveen werkt al sinds september 2012 voor de afdeling Infectiepreventie van het Zuwe Hofpoort ziekenhuis Woerden. Onlangs is het Hofpoort ziekenhuis gefuseerd met het St. Antonius ziekenhuis. Tegenwoordig bekleedt Sandy de functie van DSMH voor het gehele St. Antonius concern. Toen zij in maart 2015 werd gevraagd deel te nemen aan de werkgroep, was Sandy enthousiast. "Hygiëne is altijd mijn passie geweest. Ik heb mijn functie als Deskundige Infectiepreventie altijd met veel plezier uitgevoerd. De rol als voorzitter in deze werkgroep was een prachtige combinatie tussen infectiepreventie en mijn werk als DSMH."

Voorkomen en veiligheid borgen

Samen met Anja Broekhuizen, stafmedewerker kwaliteit CSA UMCU, heeft Sandy destijds de werkgroep opgericht. Sandy Oostveen: "Anja heeft zich al veel eerder in dit onderwerp verdiept. Daarbij werd duidelijk dat er op dit gebied geen eenduidige regels waren voor de CSA/SRD. Ook tijdens de werkgroepbijeenkomsten werd duidelijk dat iedereen werkte naar eigen inzicht; overal gebeurde het weer anders. Het was niet duidelijk welke maatregelen medewerkers in de uiteenlopende situaties op de werkvloer moesten treffen. En dan gaat er wel eens iets mis, zoals de besmetting van twee CSA medewerkers met TBC als gevolg van het schoonmaken van instrumentarium zonder de juiste beschermingsmaatregelen. In 2010 gebeurde dat in Gelre Ziekenhuizen Apeldoorn en in 2013 in het Martini ziekenhuis in Groningen. Ik wilde graag meewerken aan het opstellen van de norm die dit soort negatieve gevolgen van het werken op een CSA zou voorkómen. Dat is dan ook het doel van de veldnorm: het borgen van de veiligheid op de CSA en het beschermen van de medewerkers. Daarnaast hebben we ons als doel gesteld dat met deze norm wordt voorkomen dat het instrumentarium tijdens uitvoering van CSA werkzaamheden opnieuw wordt besmet met micro-organismen door de handelingen van de medewerkers."



Jack van Astenprijs 2017

Iedere 2 jaar kent SVN een prijs toe aan een persoon of groep die het beste onderscheidend initiatief toont op het gebied van onderzoek, ontwikkeling en promotie van ons vak. Deze prijs is vernoemd naar Jack van Asten.



Jack van Asten trad, na zijn HTS-studie chemische technologie en het vervullen van zijn dienstplicht, in 1984 in dienst bij het RIVM. Daar werd hij belast met het onderwerp sterilisatie van medische hulpmiddelen. Hij verdiepte zich in deze materie en maakte het zich snel eigen.

Het is niet zo vreemd dat hij met zijn technische achtergrond vanuit fysieke beginselen naar dit proces keek, wat in die tijd nog niet gebruikelijk was. In de tijd dat er net wetgeving was op het gebied van steriele medische hulpmiddelen, begonnen de inspectiebezoeken aan de Nederlandse CSA's. Jack was daarbij altijd aanwezig als mede-inspecteur, hij was officieel belast met het toezicht op de sterilisatiebesluiten. Met enorm veel inzet en overtuigingskracht gaf Jack zich over aan deze taak. Zo heeft hij het valideren van sterilisatieprocessen vormgegeven.

Naast zijn werk was Jack de drijvende kracht achter het volwassen worden van de richtlijnen steriliseren en steriliteit. Ook was hij vaak in het buitenland aanwezig om op internationaal niveau bij te dragen aan het ontwikkelen van normen. Hij vertelde graag over zijn vak en ondersteunde zijn vele geanimeerde presentaties met foto's die hij in de jaren tijdens zijn activiteiten had gemaakt. Zijn werk op het gebied van steriliseren en steriliteit hebben tot een enorme vooruitgang in het veld geleid. In 1993 werd hij dan ook benoemd tot erelid van SVN. ■

De prijs wordt toegekend op het najaarscongres in de oneven jaren en bestaat uit een bedrag van € 1.000,-. Voor de Jack van Astenprijs komen personen, waaronder ook MSMH's, of groepen in aanmerking die lid van de vereniging zijn, dan wel zich buitengewoon verdienstelijk hebben gemaakt voor het behalen van de doelen van SVN. De jury voor deze prijs bestaat uit het dagelijks bestuur van SVN, de vier regiovoorzitters en een bestuurslid van de vDSMH..

Aanmelden 2017

U kunt een persoon, waaronder ook MSMH's, en/of groep nomineren via:
www.sterilisatievereniging.nl/jack-van-asten

Naast Sandy Oostveen en Anja Broekhuizen, beiden namens SVN, bestond de werkgroep uit Marc Hillemans (namens vDSMH), Kees van der Meulen (DSMH namens Bravis ziekenhuis), Lucie van der Schaaf (DI/DSMH, lid werkgroep op persoonlijke titel) en Roel Lagendijk (DI, lid werkgroep op persoonlijke titel). In zeven bijeenkomsten is de werkgroep erin geslaagd om de veldnorm samen te stellen. Op 10 januari 2017 heeft het SVN bestuur de veldnorm Hygiëne- en kledingvoorschriften CSA/SRD goedgekeurd en gepubliceerd op de SVN website.

Draagvlak

Maar publicatie op de SVN site alleen is niet voldoende. "Het is mooi dat de veldnorm er nu ligt, maar we willen landelijk draagvlak creëren. Het is in het belang van alle CSA medewerkers, maar ook voor overig ziekenhuispersoneel en niet te vergeten de patiënten, als de nieuwe richtlijn strikt opgevolgd wordt. Dat zal niet van de een op de andere dag gebeuren, dat heeft tijd nodig."

Om het risico te vermijden dat de veldnorm onvoldoende zal worden gedragen en daarmee ten uitvoer zal worden gebracht, is deze inmiddels voorgelegd aan het bestuur van de VHIG en vDSMH met de vraag de veldnorm te bespreken en eventueel commentaar vóór 31 maart aan het SVN bestuur kenbaar te maken. Sandy: "We gebruiken de komende maanden om de norm actief onder de aandacht te brengen in het werkveld. Denk hierbij aan toelichting van de veldnorm tijdens de regiobijeenkomsten, PDE en SVN werkgroependag. De reacties die daaruit komen, zijn belangrijk. Dat zijn de mensen die ermee moeten gaan werken. Natuurlijk hebben we ook voor het publiceren van de veldnorm goed gekeken naar de uitvoerbaarheid van de nieuwe regels. Je kunt een maatregel alleen voorschrijven als je aan den lijve hebt ondervonden hoe het is. Daarom ga ik bewust regelmatig naar de CSA om zelf te ervaren hoe belastend het is om een spatbril, schort of handschoenen te dragen. Alleen door het zelf te ervaren kan je een goede norm schrijven."

Toekomst

Sandy Oostveen hoopt dat de veldnorm door het werkveld geheel geaccepteerd wordt. Over 1,5 jaar inventariseert de werkgroep in hoeverre de norm geïmplementeerd is en op welk vlak aanpassingen nodig zijn. Waar het nodig is, wordt de veldnorm bijgesteld. En na Nederland, is de rest van de wereld aan de beurt. "In 2019 organiseert Nederland hopelijk het WFHSS (World Federation for Hospital Sciences) congres in Den Haag", vertelt Sandy. "Stiekem droom ik ervan dat we de inmiddels in ons land alom geïmplementeerde veldnorm daar zullen presenteren en op deze manier een voorbeeld kunnen zijn voor andere landen." ■

Van GROOT naar klein...

Bon bini na Boneiru!

Toen ik eind 2015 vertrok uit het Erasmus MC, het grootste ziekenhuis van Nederland, had ik niet verwacht dat ik een jaar later zou werken in het kleinste ziekenhuis van Nederland: Fundashon Mariadal op Bonaire. In mijn laatste update vanuit de opleidingscommissie gaf ik aan dat ik naar het buitenland zou vertrekken voor een nieuwe baan 'down under'. Het is echter totaal anders gelopen en na een heuse wereldreis eindigde ik op Bonaire.

Toen ik gevraagd werd een bijdrage te leveren aan de PR, leek het me een leuk idee om inzicht te geven van de zorg in dit deel van Nederland. Want sinds 10 oktober 2010 hoort Bonaire niet meer bij de Nederlandse Antillen maar is het, net als Saba en Sint-Eustatius, een bijzondere gemeente van Nederland. Vanaf dat moment richtte men zich hier dan ook op de Nederlandse kwaliteitsstandaarden en eisen. Samen met de bevolkingsgroei op Bonaire van 15.000 naar bijna 20.000 mensen betekent dit voor het ziekenhuis een grote uitdaging.

Het ziekenhuis

Fundashon Mariadal is eigenlijk geen ziekenhuis maar een stichting waarin 3 zorginstellingen verenigd zijn: Hospitaal San Francisco, Kas di Kuido (verpleegtehuis) en de thuiszorg. Alhoewel het ziekenhuis al sinds 1922 bestaat heeft het pas sinds 2010 de beschikking over een 24/7 beschikbaarheid van vrijwel alle specialismen. Dit dankt het ziekenhuis aan een Jumelage (partnerschap) met het AMC en het VUmc die de bezetting van de meeste specialismen garanderen. Daarnaast is er nog een aantal 'eigen' en visiterende specialisten



Ziekenhuis tijdens de ver- nieuwbouw

vanuit Aruba en Curaçao. Het ziekenhuis beschikt in de huidige situatie over 28 bedden inclusief special care en verloskamers en een mobiele OK.

Door de snelle bevolkingsgroei was uitbreiding noodzakelijk. Net als bij het Erasmus MC wordt de nieuwbouw neergezet op de plaats van het bestaande ziekenhuis (opnieuw kreeg ik uitzicht op een bouwput i.p.v. de blauwe zee). Elke paar maanden wordt er een nieuw bouwdeel opgeleverd. Zo worden in mei een nieuwe OK, SEH en Special care (beperkte IC) in gebruikgenomen. Uiteindelijk gaat het ziekenhuis over 35 bedden beschikken.



Per vliegtuig

Alhoewel het ziekenhuis inmiddels over steeds meer faciliteiten beschikt, is het niet mogelijk om alle operaties en verrichtingen hier op het eiland uit te voeren. Het ziekenhuis heeft daarom de beschikking over een Air-ambulance waarin patiënten met spoed naar ziekenhuizen in Colombia, Aruba of elders gevlogen kunnen worden gevlogen voor verdere behandeling.

Per boot



De patiënten zijn niet uitsluitend inwoners van Bonaire, maar ook de vele toeristen die per cruiseschip naar Bonaire komen. Per schip zijn er tussen de 2.000 en 4.500 mensen aan boord. Wanneer er 2 schepen liggen stijgt de populatie

dus met meer dan 25%! Meer dan 160.000 toeristen bezoeken op deze wijze Bonaire. Bonaire is tevens 'Divers Paradise'. Dit brengt nog eens ruim 130.000 toeristen.

Uitdagingen voor het ziekenhuis

Het ziekenhuis is in een paar jaar tijd uitgegroeid van een 'huisartsenpost met spoedeisende hulp' tot een volwaardig algemeen ziekenhuis, waarbij men zich (logischerwijs) eerst gericht heeft op het uitbreiden van de zorg. De ondersteuning en ICT bleven daarin achter. Met het aantrekken van nieuwe mensen op dit gebied is ook deze ontwikkeling ingezet.

CSA

In mijn functie als hoofd zorgadministratie ben ik niet meer rechtstreeks betrokken bij de CSA maar uiteraard kijk ik mee wanneer dat gewenst is. MSMH Edelmira Statia vertelt dat de afgelopen jaren veel veranderd is. Toen zij in 2006 begon gebruikte ze nog een stoomsterilisator die met jerrycans gevuld moest worden, er waren geen netten of wasmachines. Alles ging met de hand. Inmiddels zijn er een wasmachine, scopenwasmachine, een kleine stoomsterilisator en een 'tafelsterilisator'.

Alles gevalideerd naar de Nederlandse normen. Storingen aan de apparatuur dienen rekening te houden met de werktijden van de CSA. Helaas doen ze dat nauwelijks. De technische dienst is in de meeste gevallen in staat de storingen te verhelpen, maar als een storing te lang duurt (het blijft tenslotte de Caribbean), wordt er uitgeweken naar Curaçao. In de nieuwbouw krijgt de CSA twee stoomsterilisatoren en twee wasmachines zodat er een betere back-up is.

Inmiddels werken er drie gediplomeerde MSMH's en twee ondersteunende medewerkers op de CSA, die naast het steriliseren ook materialen klaar zetten voor de OK. Er is nog geen DSMH maar sinds een paar weken beschikt het ziekenhuis over een eigen Deskundige Infectiepreventie. Zij zal (wellicht met wat ondersteuning van mijzelf) zich hier op gaan richten.

Hiermee kom ik ook bij het punt dat het werken in deze organisatie leuk maakt: je bent niet alleen betrokken bij je eigen afdeling maar bij alle afdelingen en onderdelen van Fundashon Mariadal.

Ook al is het ziekenhuis klein, de ambities zijn GROOT om eenieder de hoogstaande zorg te leveren die hij/zij nodig heeft. Mocht u in buurt zijn, voel u welkom om dit met eigen ogen te zien.

Zoals ze hier zeggen op Bonaire: Saludos! ■

Bart van Oost



SVN Voorjaarscongres

‘Van MDD naar MDR, richtlijn of wet?’

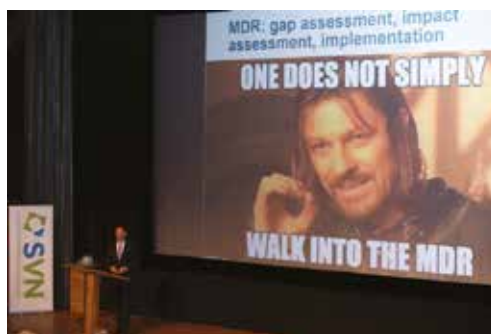
Op 17 maart jl. heeft het SVN voorjaarscongres plaatsgevonden met dit keer als thema ‘Van MDD naar MDR, richtlijn of wet?’ De dagvoorzitter was Kees van der Meulen. We geven graag een samenvatting van de sprekers die op dit voorjaarscongres aanwezig waren.

Ricco Buitink: Medical Devices & In-Vitro Diagnostics

Eerste spreker was Ricco Buitink. Hij is betrokken geweest als VWS-attaché voor Nederland bij de totstandkoming van de nieuwe Europese wetgeving. Hij begon zijn verhaal met de aanleiding (PIP schandaal) en welke stappen de afgelopen jaren zijn genomen om tot de nieuwe MDR te komen. De belangrijkste wijzigingen zijn het versterken van het systeem als geheel, strengere regels voor hoog risico hulpmiddelen en meer transparantie en traceerbaarheid. Dit betekent dat bijvoorbeeld elk medische hulpmiddel een UDI (Unique Device Identification) moet krijgen en dat bij elk implantaat een implantaatkaart aan de patiënt moet worden verstrekt.

De invoering van de MDR moet binnen 3 jaar plaatsvinden na publicatie en het opnieuw aanwijzen van notified bodies moet zelfs binnen 1 jaar gebeuren. De regels voor de notified bodies worden strenger waarbij de beoordeling van het klinische evaluatieverslag van de huidige medische hulpmiddelen volgens de nieuwe regelgeving moet worden gedaan. Over het hersteriliseren van single-use devices kwam men niet tot een gemeenschappelijke uitkomst. Nu is het in de nieuwe MDR toegestaan, tenzij het is verboden volgens nationale wetgeving. Uitzondering op de nieuwe MDR is het hersteriliseren van single-use devices in ziekenhuizen. Dit valt buiten de wetgeving.

Erik Vollebregt: “One does not simply walk into the MDR”



Na de presentatie van Ricco Buitink gaf Erik Vollebregt van Axon Lawyers op een unieke wijze inzicht hoe hij als advocaat kijkt naar de MDR. Erik heeft lobbywerk verricht en sommige teksten in de MDR komen dan



Dagvoorzitter Kees van der Meulen

ook volledig uit zijn pen. Kijkend naar de MDR liggen er kansen en bedreigingen voor het werkveld.

Erik bedrukte dat de overgang naar het regime van de MDR een grote stap is voor bedrijven die een aanzienlijke hoeveelheid werk met zich meebrengt: het maken van een gap assessment, het maken van een impact assessment en het op basis daarvan maken van een overgangsplan, dat vervolgens geïmplementeerd moet worden. De grootste fout die bedrijven op dit moment kunnen maken is deze inspanning te onderschatten. Als het bedrijf niet op tijd is met de volledige overgang naar MDR-certificaten, heeft dit



Na SVN nu alle tijd als voetbaltrainer: bedankt Dave Kok!



Bedankt Jeroen de Geus voor vele jaren bestuur SVN, o.a. als penningmeester!

tot gevolg dat het bedrijf geen verdere hulpmiddelen op de markt kan brengen totdat dit geregeld is. Notified bodies die MDR-certificaten willen gaan uitgeven moeten daarvoor opnieuw aangemeld worden en worden via een nieuwe Europese procedure beoordeeld. Dat is tijdrovend en zal tot gevolg hebben dat het niet te verwachten is dat de eerste notified bodies aangemeld zullen zijn voordat de helft van de overgangperiode van drie jaar voorbij is. Bedrijven zullen in nauw contact moeten blijven met hun notified body om verrassingen te voorkomen.

De MDR bevat een aantal bepalingen die van een sterilisatie services provider een fabrikant in de zin van de MDR kunnen maken en de services provider ook productaansprakelijk maken voor het herwerkte hulpmiddel. Het gevolg is dat de dienstverlener in principe alle verplichtingen heeft van een fabrikant van medische hulpmiddelen voor de bewerkte hulpmiddelen.

In de MDR is een zeer gecompliceerd regime voor reprocessing opgenomen met een aantal uitzonderingen die lidstaten in de EU wel of

niet kunnen toepassen, bijvoorbeeld of een externe reprocessing dienstverlener voor een ziekenhuis wel of niet onder het reprocessing regime valt en of het hele reprocessing regime van toepassing is op het in huis reprocessen van medische hulpmiddelen in een ziekenhuis. Hier heeft Nederland nog een aantal voor de industrie zeer belangrijke beleidskeuzes te maken, waar de industrie zal moeten zorgen er nauw bij betrokken te zijn.

Met een verwijzing naar de Amerikaanse fantasy-televisieserie Game of Thrones sloot Erik zijn betoog af met: "One does not simply walk into the MDR", kortom het werkveld kan aan de slag.

Dan Vukelich: Commercial 'single-use' device (SUD) reprocessing / remanufacturing



Dan Vukelich begon zijn presentatie met een introductie van de AMDR (Association of Medical Device Reprocessors) waarin sterilisatiebedrijven zoals Vanguard en Stryker vertegenwoordigd zijn. De aangesloten bedrijven opereren vooral in de US en in Duitsland, waar in tegenstelling tot veel Europese landen, het hersteriliseren van Single-use hulpmiddelen wel is toegestaan. Alle bedrijven volgen veiligheidsprincipes zoals biocompatibiliteit, steriliteit en functiebehoud. Ze doen dit door alle hulpmiddelen te coderen en te volgen en door alle hulpmiddelen na het reprocessen te inspecteren en te testen. Dan Vukelich gaat verder in op de 20 jaar ervaring in hersteriliseren, de veiligheid ervan en de grote besparingen (in geld en materiaal) die te realiseren zijn. In de MDR wordt aan de individuele landen overgelaten of ze wel of niet het hersteriliseren van single-use hulpmiddelen toestaan. Als een land het toestaat worden er

wel eisen gesteld aan het hersteriliseren. Zo wordt het sterilisatiebedrijf fabrikant en krijgt het hulpmiddel een nieuwe CE-markering. Overigens mag het sterilisatiebedrijf wel afwijken van de bepalingen die voor de fabrikant van nieuwe hulpmiddelen gelden, mits biocompatibiliteit, veiligheid, functiebehoud, steriliteit en traceerbaarheid geborgd/gevalideerd zijn. Verder moet het bedrijf een risicomanagement, een kwaliteitssysteem en een incidentenmelding hebben. Kortom, in Dan's woorden: "Hodge podge, not harmonization it's what we have got".

Arjan van Drongelen: MDR en CSA. Wat gaat de CSA ervan merken?

Arjan van Drongelen, wetenschappelijk medewerker van het RIVM, bracht de inwerking van de MDR op de CSA naar voren. Bijvoorbeeld met de komst van EUDAMED in 2011: Op dit moment wordt er gewerkt aan de vernieuwde EUDAMED en moet deze nog worden ingericht. Met de vernieuwde EUDAMED kan in de toekomst voor de CSA veel informatie per medisch hulpmiddel beschikbaar zijn dankzij de UDI, Unique Device Identification op de verpakking voor hulpmiddelen voor eenmalig gebruik of op het instrument voor herbruikbare hulpmiddelen. Te denken valt aan: certificering, productinformatie, notified bodies, studies en meldingen van incidenten en hoe als CSA te handelen bij incidenten. Het is het nog onduidelijk tot precies welke informatie de CSA toegang zal worden verleend, maar het zal de kwaliteit en doeltreffendheid van de CSA zeker ten goede kunnen komen.

Erwin Bakker: Reprocessing SUD. Hoe doe je dat en wie wint er wat?



Als laatste spreker was Erwin Bakker aan de beurt. Hij begon zijn presentatie met een 0-meting: wie is er voor hersterilisatie van disposables (een paar) en wie is er tegen (een tiental). Het merendeel gaf geen mening.

In zijn verhaal ging Erwin in op het verschil van ontwerpen en fabriceren tussen disposables en reusables en welke informatie je nodig hebt om van een disposable een reusable te maken, zoals wetgeving, materiaalgebruik, toepassing en business modellen. Bijvoorbeeld dat fabrikanten hun ontwerpen kunnen aanpassen als ze worden hergesteriliseerd. Als voorbeeld gaf hij de disposable agravetangen die vroeger van roestvast staal waren en prima gereinigd en stoom gesteriliseerd konden worden. Nu zijn de disposable agravetangen deels van een kunststof dat niet tegen de

hoge temperaturen van stoomsterilisatie kunnen, waardoor ze (bijna) niet meer hergesteriliseerd worden.

Erwin eindigde zijn verhaal met een dia wat er kan gebeuren als ziekenhuizen massaal disposables gaan hersteriliseren. Met een voorbeeld konden ziekenhuizen wel 68% kosten besparen, maar daardoor zou de fabrikant 90% omzetsdaling krijgen. Fabrikanten zullen dan hun markt kunnen gaan beschermen met een aantal maatregelen, zoals onvoorspelbare wijzigingen doorvoeren, product aanpassen zodat het niet hergesteriliseerd kan worden, de prijs verlagen of zelf de disposables gaan hersteriliseren. ■

Redactie PR



DE FEITEN¹: Het ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) schat dat op een willekeurige dag ongeveer 80.000 ziekenhuispatiënten in Europa minstens één zorginfectie hebben.

80 000 ziekenhuispatiënten

19.6%
postoperatieve
wondinfecties

19,6% van de gerapporteerde zorginfecties zijn post-operatieve wondinfecties.¹

DUS LAAT ONS HELPEN OM UW PATIËNTEN TE BESCHERMEN

UIT NIEUW
WETENSCHAPPELIJK
ONDERZOEK BLIJKT²

Onderzoek naar handhaving van steriliteit:
Dynamische evaluatie van gesteriliseerde containers en verpakte instrumentennetten ter voorkoming van bacteriële penetratie. American Journal of Infection Control, december 2015.

HALYARD* STERILISATIEVERPAKKINGSMATERIAAL

100% vrij van contaminatie

HALYARD* sequentieel, HALYARD ONE-STEP*, HALYARD* QUICK CHECK* sterilisatieverpakkingsmateriaal met POWERGUARD*-behandeling

Na sterilisatie zijn...

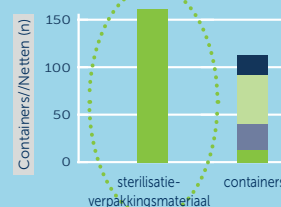
161

verpakte
instrumenten-
netten

... getest op
bacteriën

DE RESULTATEN²

Samenvatting
resultaten
microbiële
penetratie



Bij **100%** van de verpakte instrumentennetten bleef de steriliteit tot aan het gebruik behouden.

¹ Bron: Website ECDC: <http://ecdc.europa.eu/en/Pages/home.aspx> ² Harry L. Shaffer MS¹, Delbert A. Harnish MS¹, Michael McDonald MS, Reid A. Vernon BS, Brian K. Heimbuch MS¹. Sterility maintenance study: Dynamic evaluation of sterilized rigid containers and wrapped instrument trays to prevent bacterial ingress. Am J Infect Control. 2015 Dec;43(12):1336–1341. ¹ Harry L. Shaffer MS, Delbert A. Harnish MS en Brian K. Heimbuch MS hebben bovenstaand artikel geschreven of hieraan een bijdrage geleverd op het moment dat zij als bezoldigd adviseurs waren verbonden aan Halyard Health, Inc.; zij ontvingen echter geen vergoeding van Halyard Health, Inc. voor hun respectieve bijdragen aan of auteurschap van het artikel. Het onderzoek werd gesponsord door Halyard Health, Inc. (voorheen Kimberly-Clark Health Care) en uitgevoerd door Applied Research Associates (ARA), een internationaal onderzoekslaboratorium.

Neem voor meer informatie contact op via customerservice.bnl@hyh.com of ga naar www.halyardhealth.nl

*Handelsmerk of geregistreerd handelsmerk van Halyard Health, Inc. of gelieerde bedrijven. © 2017 HYH. Alle rechten voorbehouden.

Centrale Sterilisatie Afdeling van het UMC Utrecht: Nieuwe modulaire PP+ transportbakken zijn thermisch desinfecteerbaar

De Centrale Sterilisatie Afdeling (CSA) van het UMC Utrecht werkt sinds 2007 met thermische desinfectie van transportbakken. De transportbakken worden gedesinfecteerd in een wagenwasmachine op hoge temperatuur (90 graden Celsius) om de cycli zo kort mogelijk te houden. Dat trekt een zware wissel op het materiaal; het kunststof van de huidige bakken vertoont binnen enkele maanden slijtage. Al jaren is het UMC Utrecht op zoek naar transportbakken die wel bestand zijn tegen thermische desinfectie. De oplossing lijkt nu gevonden.

Jeroen de Geus is Deskundige Steriele Medische Hulpmiddelen (DSMH) van het UMC Utrecht. Hij werkt sinds 1982 in het Universitaire Centrum. Destijds was dat nog het AZU. In 1997 fuseerde het AZU met het Wilhelmina Kinderziekenhuis en later met de medische faculteit van de Universiteit Utrecht en toen ontstond het Universitair Medisch Centrum Utrecht.

De CSA is het centrale punt in een dagelijks doorlopend logistiek proces. Vuile medische instrumenten komen in transportbakken van operatiekamers, poliklinieken en verpleegafdelingen. Vervolgens worden deze gereinigd, gedesinfecteerd, gesteriliseerd en ingepakt en gaan dan weer retour. De instrumenten en de transportbakken kennen een gescheiden reinigingsproces. De instrumenten gaan in een instrumentenwasmachine, de bakken in een wagenwasmachine. "Er zijn drie soorten transportbakken van de CSA in omloop in het UMCU", zegt Jeroen de Geus. "Niet-modulaire bakjes voor de kleine instrumenten, emmers voor bijvoorbeeld vaginaal speculae en de grotere modulaire transportbakken voor instrumentennetten en flexibele scopen."

Materiaalschade bij hoge temperatuur

Jeroen de Geus: "Vroeger werden alle transportbakken nog met de hand gereinigd en gedesinfecteerd. Met de verhuizing van het ziekenhuis naar de huidige locatie in 1989 zijn we gaan werken met een wagenwasmachine die chemisch desinfecteerde. In 2007 is er bewust gekozen voor thermische desinfectie, omdat dit de meest effectieve vorm van desinfectie is die ook de voorkeur verdient waar mogelijk boven chemische desinfectie (WIP richtlijn Beleid reiniging, desinfectie en sterilisatie), een korte doorlooptijd heeft en dit een gevalideerd en reproduceerbaar proces waarborgt."

"Wij houden de reinigingscycli zo kort mogelijk, het proces is nu binnen 20 minuten afgerond. Dat betekent dat de temperatuur oploopt tot ruim 90 graden. Bij de grote

transportbakken doen de materiaalproblemen zich al jaren voor. We hebben in de loop der jaren transportbakken van verschillende materialen van verschillende leveranciers



uitgeprobeerd, maar steeds bleek schade al snel – te snel – op te treden. Het materiaal wordt broos, er komen scheurtjes en barsten in en na een maand of zes zijn ze vrijwel onbruikbaar. Dat is een serieus probleem. Er zijn hier dagelijks zo'n 50 bakken in omloop en ze zijn van groot belang in de sterilisatieketen."

Bevredigende resultaten

De Geus deed navraag bij collega-ziekenhuizen en in het buitenland, maar zag overal dezelfde problemen. In 2015 kwam het UMC weer in gesprek met All Modul, specialist in medische logistiek. "Gezamenlijk zijn we het proces ingegaan om een transportbak te ontwikkelen die machinaal op hoge temperatuur gereinigd kan worden met een langere levensduur tegen betaalbare kosten." Na een aantal tests

met nieuwe kunststofsamenstellingen kwam All Modul in begin 2016 met testbakken van gemodificeerd polypropyleen (PP+) die zich goed hielden onder hoge temperatuur. In april startten intensieve tests in de CSA van het ziekenhuis waarbij in korte tijd het gebruik gedurende twee jaar werd gesimuleerd. Jeroen de Geus: "De resultaten waren zeer bevredigend."

Eindelijk een goede oplossing

Inmiddels zijn zo'n 50 grote gele transportbakken van het nieuwe PP+ materiaal in omloop. Die vertonen geen slijtage. De bakken blijven glad en dat is ook voor de medewerkers van de CSA prettig. De oude bakken werden ruw en 'stekelig'. Daarmee beschadigden de verpakkingsmaterialen van de steriele

producten regelmatig en haalden medewerkers hun handen open. Op dat moment werden deze transportbakken uit het proces gehaald. Jeroen de Geus. "Er was vaak een tekort aan bakken. Als je ze niet hebt, heb je een probleem. En je wilt ook niet elk half jaar alle bakken moeten vervangen, dat is een grote en onnodige extra kostenpost. Het is voor ons dus een grote opluchting dat we nu een goede oplossing hebben gevonden." ■

*Frank de Smit
Tekstschrijver*

Uitgebreide testfase van de nieuwe transportbakken

Vanaf 1 april 2016 zijn de nieuwe modulaire transportbakken aan een intensieve test onderworpen in het UMCU. De bakken zijn bevestigd aan de beladwagen van de wagenwasmachine en hebben zodoende alle machinale processen doorlopen. Dagelijks 3 of 4 keer, 15 tot 20 keer per week. Zo kon in korte tijd de belasting van bijna twee jaar gesimuleerd worden. Eind juni is de testfase afgerond. De bakken hadden toen tussen de 195 en 260 thermische reinigingsprocessen doorstaan.

De bakken vertoonden toen nog steeds geen slijtage. Vervolgens zijn het 'virgin' materiaal en het geteste materiaal in een externe laboratoriumsetting onderzocht. Opvallend is dat een aantal kenmerken zich positief heeft ontwikkeld. De flexibiliteit is met 5% gestegen en de weerstand tegen beschadiging door mechanische impact zelfs met 10%. De maximale trekkracht die het materiaal laat breken is met 10% verminderd. Inmiddels werkt de CSA van het UMCU met de nieuwe transportbakken en men is er zeer tevreden over.



Klompen

Recent is de nieuwe SVN Veldnorm 'Hygiëne- en kledingvoorschrift Centrale Sterilisatie Afdeling (CSA) en Flexibele Scopen Reiniging en Desinfectie (SRD)' uitgekomen. Dit document is tot stand gekomen

door een samenwerking tussen SVN en vDSMH en enkele meelezers uit het veld. Het is een handig en richtinggevend document geworden dat lacunes in andere richtlijnen opvult. Een onderdeel van de beschermingsmaatregelen betreft schoeisel. In hoofdstuk 7.2 van de veldnorm wordt verder ingegaan op het dragen van schoeisel. Fijn dat nu duidelijk is wanneer apart schoeisel gedragen moeten worden, maar desondanks blijft het in de praktijk lastig om goed uitvoering te geven aan dit onderdeel van de veldnorm.



1. Doel

Beschermend schoeisel wordt om twee redenen gedragen. De ene reden is het beschermen van de voeten voor vallende scherpe instrumenten en de andere reden is om geen vuil te verslepen van de ene naar de andere ruimte.

2. Klompen

In de richtlijn wordt consequent gesproken over schoeisel, maar uit de eerste aanwijzing wordt duidelijk dat het om klompen gaat en niet over slofjes, omdat volgens de veldnorm het schoeisel een gladde en stevige bovenlaag en een antislipzool moet hebben. Dat komt dus tegemoet aan de eis dat het schoeisel de voet moet beschermen tegen vallende, scherpe instrumenten.

3. Slofjes

Mogen slofjes dan niet meer? Het eerste antwoord is "nee liever niet." Slofjes zijn niet stevig en hebben geen antislipzool. Als je sandalen draagt met daaroverheen slofjes dan zijn je voeten onvoldoende beschermd tegen vallend scherp. Als de schoenen bovenop wel stevig en gesloten zijn, dan zouden slofjes wel kunnen. Maar een ander bezwaar bij slofjes is dat de kans groot is dat je bij het aantrekken van de slofjes je handen besmet raken met het vuil van de schoenen. Dat betekent dat je na het aantrekken van slofjes altijd je handen moet reinigen of desinfecteren. Nu is dat op zich ook weer geen probleem want dat doe je toch al als je naar binnen gaat bij de schone of vuile ruimte. Of niet? Bovendien zijn er ook apparaten die automatisch een slofje om de schoen heen trekken als de geschoende voet in het apparaat gezet wordt. Kunnen alle tegenargumenten van slofjes weerlegd worden door tegenmaatregelen zoals handenwassen, slofjesapparaat gebruiken en stevige schoenen dragen, dan zouden slofjes eigenlijk wel kunnen, en dan zijn ze een prima alternatief voor buitenstaanders of bezoekers van de CSA.

4. Maatwerk

Iedere MSMH dus zijn/haar eigen klompen? Een paar voor de schone ruimte en een paar voor de rest van de CSA/SRD? De klompen moeten, aldus de richtlijn, ook reinig- en desinfecteerbaar zijn, bij voorkeur machinaal. Dus als de klompen iedere dag de wasmachine in gaan en er voldoende zijn, hoeven de

klompen niet per se medewerkergebonden te zijn. Het wordt wat lastiger als de medewerker steunzolen of speciaal aangepaste schoenen heeft. Hoe ga je daar mee om? Deze kunnen meestal niet in de wasmachine gewassen worden. Toch maar slofjes om de (aangepaste) schoenen (met steunzolen) heen dragen?

5. Kleur

Als de klompen inkocht worden, zorg dan gelijk dat er genoeg rode, blauwe of witte, al naar gelang er in het protocol staat, aanschaf worden. Saaie standaardkleuren zijn meestal oneindig lang leverbaar in tegenstelling tot de exotische kleuren en dan kan het gebeuren dat een afgesproken kleur niet meer leverbaar is. Het kleurenbeleid raakt ontwricht, er ontstaat een kleurenwanorde en naleving van het beleid is niet meer controleerbaar.

6. Overstapbank

Nog een vraagstuk; wel of geen overstapbank in de sluis? Rondwarrelend vuil met micro-organismen zullen er niet door worden tegengehouden en vaak zijn overstapbanken letterlijk struikelblokken. Ze nemen kostbare ruimte in beslag of belemmeren de logistieke stroom naar de schone of vuile ruimte. Dit kan je ondervangen door de bank niet helemaal rotsvast aan de vloer te monteren maar door ze met een simpele ontgrendeling verwijder- of verschuifbaar te maken. Soms staan ze niet op de meest logische plaats. Sta je in vol ornaat aan de schone kant van de bank, hangt de wastafel of de dispenser voor de handhygiëne aan de 'onbereikbare' andere kant. Een idee om rondslingerende klompen

te voorkomen is om onder de bank een vakkengedeelte te maken waar de klompen in opgeborgen kunnen worden. Het zal dan wel weer lastiger worden om de bank verschuif- of verwijderbaar te maken.

7. Verslepen vuil

De tweede reden om apart schoeisel te dragen in de schone ruimte is ter voorkoming van verslepen van vuil. De veldnorm maakt de kanttekening dat het effect van een vuile vloer op de contaminatie van een medisch hulpmiddel onbekend is. Het klopt dat er weinig tot geen literatuur over dit onderwerp is. Als je de vloer altijd als vuil bestempelt, ook als die net gereinigd is, en alles wat op de vloer gelegen heeft ook als vuil behandelt, dan is er geen probleem. Bekend is ook dat het opdwarrelen van aanwezig stof op de vloer bij gewone bewegingen zich beperkt tot ongeveer kniehoogte. Tenzij je bij zomerse dagen een ventilator in de ruimte zet of het luchtbeheerssysteem niet goed afgesteld hebt, dan kan het stof verder verspreid worden. Maar totdat meer bekend is over het effect van vuil schoeisel op de contaminatie van medische hulpmiddelen heeft de werkgroep voor de veilige weg gekozen en adviseert ze aparte schone klompen voor de schone ruimte. Weliswaar alleen voor de schone ruimte van de CSA. Voor het betreden van de schone ruimte van de SRD wordt het niet speciaal geadviseerd. En dat is eigenlijk wel gek want ook daar wil je niet dat het schone, medisch hulpmiddel, de endoscoop, hercontamineerd wordt.

8. Tenslotte

De meeste CSA's/SRD's hebben wel ergens een beleid betreffende schoeisel maar de praktijk van de dag is dat er vaak een bonte verzameling schoenen aangetroffen wordt in allerlei kleuren en maten die al lang niet meer overeenkomen met de bepaalde kleur voor de bepaalde ruimte. Vaak is de benodigde maat niet aanwezig en al zijn de klompen misschien wel schoon, soms zien ze er niet uit. De discipline laat wel eens te wensen over en loopt men toch even snel de schone of vuile ruimte in op schoeisel dat niet voorgeschreven is. Kortom, het kan soms wel beter.

Hoe dan ook, de veldnorm heeft duidelijkheid gebracht en met wat creativiteit en pragmatisme kan er een einde worden gemaakt aan de schoeiselchaos die vaak in de sluis wordt aangetroffen. De discipline volgt dan misschien vanzelf. ■

*Diana Bijl
Deskundige Steriele
Medische Hulpmiddelen
Diana Bijl Consultancy*

MMM Protecting Human Health

Münchener MedizinMechanik GmbH



Innovatieve kwaliteit
One-to-one dienstverlening
Uw CSA partner van A tot Z



MMM Nederland
Frank Schepmans
info@mmmgroup.nl
+31 85 105 00 66





*De ideale
voorreiniging!*

10 years of
experience

**Expert in Hygiene
& Instrument reprocessing**



info@medtradex.com



www.medtradex.com



+31 (0)20 695 05 00



Discover us on Facebook



- Houdt distale punten vochtig voor eenvoudige reiniging.
- Toonaangevende leveranciers raden aan instrumenten vochtig te houden tussen plaats van gebruik en sterilisatie.
- Geschikt voor **alle** instrumenten, inclusief complexe instrumenten.
- Veilig, snel en eenvoudig in gebruik.
- Vooraf weken in sterilisatieafdeling niet langer noodzakelijk.



- Voorbevochtigde instrumentenzak voor transport.
- Gericht op het behouden van een veilige en vochtige gesealde omgeving voor gecontamineerde instrumenten.
- Geen toevoeging van water vereist: onmiddellijk klaar voor gebruik.
- Voorkomt het uitdrogen en inharden van organische bevulling.



De ideale controle!

- Uiterst snelle proteïne-test, gericht op het vaststellen van lage concentratie proteïnen op alle types van flexibele endoscopen.
- Beantwoordt aan CFPP0106 norm: één van de meest gevoelige tests op de markt.
- Testresultaat zichtbaar door consistente kleurwijziging van de reagent binnen de 10 seconden.

Medtradex dept. of Simovision BV | Atoomweg 63, 3542 AA Utrecht - www.medtradex.com | info@medtradex.com



DR. WEIGERT



Medisch



*Dr. Weigert is een begrip op het gebied van
reiniging en desinfectie.*

Mocht u meer informatie wensen, dan zijn
wij gaarne bereid u verder te adviseren, of
bezoek onze website:

www.drweigert.nl

Reiniging en desinfectie van
medische producten

Dr. Weigert Nederland B.V.

Postbus 865 • 9400 AW Assen

Tel.: 0592 319 393 • Fax: 0592 310 117

e-mail: info@drweigert.nl • www.drweigert.nl



De historie van Regio Noord gaat ver terug

SVN Regio Noord, voorheen CSC Regio Noord, is opgericht in 1977. Het was daarmee de eerste regioclub. Later volgden meer regio's. De initiatiefnemers waren voorzitter Dick Kolenbrander, hoofd CSA van het Scheperziekenhuis te Emmen en secretaris Anton Meijer, hoofd CSA van het Wilhelmina ziekenhuis te Assen.



De regio bestond toen uit de ziekenhuizen: Emmen, Assen, Meppel, Sophia Zwolle, De Weezenlanden Zwolle, Hoogeveen en RKZ Groningen. Later haakte Stadskanaal ook aan. Namen van een aantal hoofden van destijds naast de al genoemde heren: Peter Kooy (Meppel), Ed Stehman (later nog secretaris van de landelijke club), Renald van der

Werf, Martin Hulsebos en Eerke Dokter. Ze bezochten samen veel beurzen en bedrijven om hun kennis uit te breiden. In de eerste jaren werd 4 à 5 keer per jaar vergaderd in de diverse ziekenhuizen in Regio Noord. De regio heeft een grote bijdrage geleverd aan het centraal steriliseren voor in eerste instantie de regio en later ook landelijk. Regio Noord

breidde al snel uit met andere noordelijke ziekenhuizen en ziekenhuizen in Gelderland en de Noordoost- en Flevopolders. In 2011 zijn de regio's opnieuw ingedeeld en kennen we Regio Noord in de huidige vorm.

Sindsdien is het een hechte club mensen die regelmatig met elkaar contact houdt en elkaar

ondersteunt als dit gevraagd wordt. De laatste keer dat onze regio de landelijke medewerkersdag heeft georganiseerd was in 2013, met als thema 'De kracht van water'. Hiervoor was op het sponsorenplein een waterbak met fontein neergezet. Het huidige bestuur wordt gevormd door Freerk de Roos en Angelique Fluitman.

Daarnaast wordt, net als andere regio's, in diverse landelijke werkgroepen geparticipeerd. Onze regio telt aan het begin van dit jaar 127 leden. De vergaderingen van Regio Noord worden door een vaste groep leden bezocht. Tijdens de vergaderingen worden diverse landelijke en regionale onderwerpen uit het vakgebied besproken. Daarnaast worden vraagstukken en problematieken uit de eigen afdeling gedeeld met vakgenoten welke dikwijls resulteren in oplossingen. Onze vaste vergaderplek is sinds 2015 in Zwolle bij het Deltion college, omdat vanuit onze regio de grote reisafstanden als een belemmering werden ervaren. Sinds we in Zwolle vergaderen is de opkomst toegenomen. Afsproken is dat een eventueel bezoek aan een bedrijf los staat van de regiovergadering.



DSMH's (en scopendeskundigen) sluiten regelmatig aan bij ons overleg. De afspraak is dat wanneer er echt een specifiek 'DSMH' probleem is, dat aan het eind van de vergadering met de aanwezige DSMH's kan worden besproken. Met enige regelmaat worden er ook problemen besproken betreffende de reiniging en desinfectie van flexibele endoscopen.

Waar we minder goed in zijn bleek tijdens het voorbereiden van dit artikel. We hebben de laatste jaren niet zoveel foto's gemaakt van bijeenkomsten, dus dat was even lastig, want we willen graag ook wat visueel toevoegen aan dit artikel. Gelukkig hadden we nog een bezoek aan SteriNoord op het programma staan en daar hebben we wat foto's van bijgevoegd. Bij SteriNoord hebben we een uitgebreide toelichting gehad van Peer Goudswaard over het tot stand komen van SteriNoord en een rondleiding gekregen.

Een onderwerp welke recentelijk besproken is, is bijvoorbeeld het reinigen van DaVinci instrumenten. Want in het noorden zijn behoorlijk wat ziekenhuizen die op de OK de DaVinci robot gebruiken. Zo konden we gebruik maken van elkaars kennis. Enkele ziekenhuizen hebben de

De regio heeft een grote bijdrage geleverd aan het centraal steriliseren voor in eerste instantie de regio en later ook landelijk.



ultrasoon van Miele of PMT, die speciaal geschikt is voor het reinigen/ultrasoneren van DaVinci instrumenten. Door op werkbezoek te gaan bij collega's die het traject van de DaVinci al achter de rug hadden en de problemen waar zij al tegenaan waren gelopen te bespreken, werd het voor degenen die met het traject nog bezig waren een stuk gemakkelijker. ■

Angelique Fluitman en Freerk de Roos

GETINGE GROUP

Getinge, uw innovatieve partner voor totaaloplossingen van:

- Reiniging en desinfectie
- Sterilisatie
- Traceerbaarheid
- Consumables
- Educatie
- Service & Support



Voor meer info:
www.getingegroup.com
info-nl@getinge.com
+31 344 809916

Getinge: betere resultaten en optimale efficiëncy

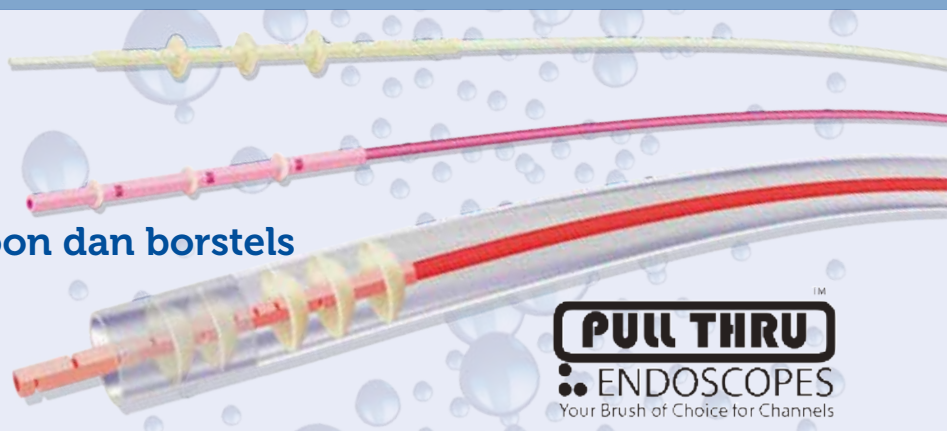


INTERSTER 

Pull Thru endoscopie

uw partner voor CSA, Endoscopie & Investment Solutions

Maakt beter schoon dan borstels



PULL THRU
ENDOSCOPES
Your Brush of Choice for Channels

INTERSTER INTERNATIONAL B.V.
Samsonweg 2, 1521 RC Wormerveer, The Netherlands

T: +31 (0)75 627 22 22
F: +31 (0)75 627 22 00

info@interster.nl
www.interster.nl



4Dsensor

De nieuwe dimensie in de verwerking van medische instrumenten

Revolutionair de 4D sensor van Miele

Oppervlakte sterilisatiecondities worden bereikt door met verzadigde stoom, een vooraf vastgestelde tijd en temperatuur te steriliseren.

Met de 4D sensor van Miele kan dit vanaf nu, in elk sterilisatieproces worden gegarandeerd.

De voordelen samengevat:

- Directe real time meting van stoom sterilisatie condities in ieder proces
- Maakt echte parametrische vrijgave nu mogelijk
- Aanwezigheid van niet condenseerbare gassen wordt bewaakt
- Lekkage van kamer en toevoer wordt uitgesloten
- Garantie voor perfecte sterilisatie van hol instrumentarium
- Betere beoordeling van gedrag van kunststoffen in de sterilisator



**NIEUW BIJ
MIELE**

Is uw interesse gewekt? Neem dan contact op met onze afdeling Customer Service Miele Professional, bereikbaar via telefoon-nummer (0347) 37 88 84 of het e-mailadres msp@miele.nl. Of kijk op www.miele-professional.nl.

DISCOVER THE
4TH DIMENSION
OF INSTRUMENT REPROCESSING