

De limieten van AGSS voor MEOPA

Waarom heeft het grootste ziekenhuisproject van Europa alle AGSS-aansluitingen voor lachgastoediening geschrapt?



In het CHU van Nantes waren aanvankelijk meer dan 2.000 plaatsen voorzien waar MEOPA (lachgasmengsel) zou kunnen worden toegediend. In een eerste fase werd het gebruik van lachgas buiten het operatiekwartier grondig herbekeken: samen met de teams werd opnieuw geëvalueerd waar het gebruik ervan werkelijk noodzakelijk is. Zo evolueerde het project van meer dan 2.000 voorziene punten naar 640 gerichte MEOPA-toedieningsplaatsen.

Niet omdat MEOPA verdwijnt.

Maar omdat het slimmer, efficiënter en beter gecontroleerd moet worden ingezet.

MEOPA blijft immers een waardevol hulpmiddel: eenvoudig, snel, doeltreffend, met weinig alternatieven die dezelfde balans bieden tussen pijnverlichting, anxiolyse, snelle werking en gebruiksgemak.

Maar dat voordeel voor de patiënt mag niet langer ten koste gaan van de blootstelling van de zorgverlener.

Omdat de teams die dagelijks MEOPA toedienen in het CHU van Nantes doeltreffend beschermd moeten worden tegen lachgasblootstelling, werden alle klassieke AGSS-aansluitingen bewust uit het project gehaald en vervangen door 640 Medicvent-aansluitpunten.

Met de [nieuwe Europese classificatie van lachgas](#) als CMR 1B reprotoxisch moet blootstelling voortaan strikter, aantoonbaarder en effectiever beheerst worden.

Een AGSS-aansluiting voorzien volstaat dus niet meer.

De vraag is niet langer alleen: “Is er een afzuiging voorzien?”

De echte vraag wordt: “Is de blootstelling van de zorgverlener tijdens de zorg werkelijk onder controle?”

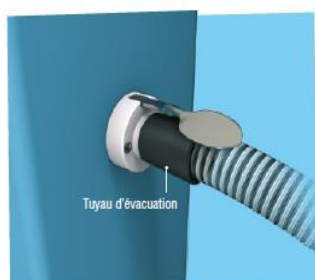
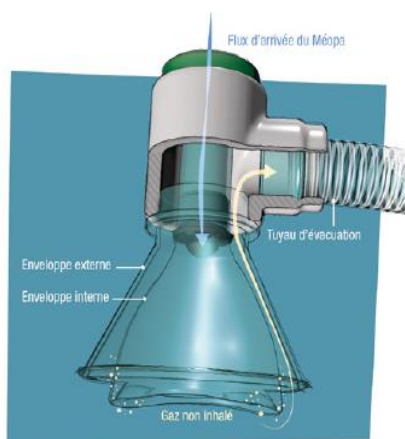
Net daar toont een klassiek AGSS-systeem zijn beperkingen wanneer het wordt toegepast voor lachgas buiten het operatiekwartier.



Een klassieke AGSS-aansluiting kan maar een fractie van de uitgeademde gassen afvoeren, maar capteert de lekken niet aan de bron. Bij MEOPA-toediening ontstaat blootstelling namelijk niet alleen via uitgeademde lucht die naar een afvoer wordt geleid. Ze ontstaat ook door lekken rond het masker, onderbrekingen tijdens de handeling, de morfologie van de patiënt, de mate van medewerking, het type zorg en de werkelijke kwaliteit van de toediening in de praktijk.

Met andere woorden: er is wel een afvoer, maar dat betekent niet automatisch dat de zorgverlener voldoende beschermd is.

[De nationale studie van INRS Frankrijk, uitgevoerd over meerdere jaren](#) bevestigt dit duidelijk: de klassieke AGSS-oplossing haalt het beoogde beschermingsniveau niet. Het dubbelmasker, gekoppeld aan een dedicated Medicvent-afzuiging, doet dat wel.



De reden is technisch, maar essentieel.

Om doeltreffend te zijn, moet captatie zo dicht mogelijk bij de bron gebeuren: ter hoogte van het masker. Het dubbelmasker capteert niet-geïnhaleerde gassen en alle lekken rond het masker vóór ze zich verspreiden in de zorgomgeving.

Maar captatie aan de bron vraagt ook een voldoende hoog extractiedebiet.

Een systeem met laag debiet kan nooit hetzelfde captatieniveau rond het masker garanderen.

Daarom mag het dubbelmasker niet worden gezien als een los accessoire. Het maakt deel uit van een volledig systeem: masker, specifiek aansluitpunt, extractienetwerk, aangepaste motorisatie, technische dimensionering, validatie en doorgedreven opleiding van de gebruikers.

In het project van het CHU van Nantes worden de 640 MEOPA-toedieningsplaatsen dus niet zomaar uitgerust met een aansluiting. Ze worden ontworpen rond een veilige manier van toedienen: het Medicvent-dubbelmasker met specifieke dedicated afzuiging, ondersteund door support en begeleiding in de dagelijkse praktijk.



Voor patiënten, betekent dit dat MEOPA beschikbaar blijft waar het nuttig en noodzakelijk is.

Voor zorgverleners, betekent dit minder blootstelling, meer vertrouwen en de mogelijkheid om op het einde van de dag naar huis te gaan zonder hoofdpijn of misselijkheid door lachgasblootstelling.

Voor Puramed, is dit een belangrijk moment. Niet alleen omdat het gaat om Europa's grootste ziekenhuisproject, maar ook omdat dit project niet uit de lucht komt vallen. De eerste gesprekken en de technische begeleiding rond dit dossier lopen al verschillende jaren: analyse, engineering, dimensionering, integratie en validatie, en dat steeds in nauw overleg met het ziekenhuis en het studiebureau.

Vandaag dragen we actief bij aan de begeleiding van de installatie van kilometers leidingwerk en ongeveer 25 extractiecentrales, ook weer in nauwe samenwerking met de installatiebedrijven.

Maar de installatie en het onderhoud zijn niet het moment waarop Puramed uit beeld verdwijnt. Deze nieuwe standaard wordt pas werkelijkheid wanneer de zorgteams hem dagelijks correct gebruiken, met de juiste begeleiding, opleiding en opvolging door het Puramed-team, zij aan zij met de zorgverlener.

Ook dat bereiden we vandaag al achter de schermen voor. En ook dat blijven we op het terrein mee ondersteunen.

**MEOPA blijft voor de patiënt.
Blootstelling voor de zorgverlener niet.**