

Operationeel

VOOR OPERATIEASSISTENTEN

Magazine

NR. 3 SEPTEMBER 2021 JAARGANG 16

Endometriose

bloedend leed bestrijden

Hernia

beknelling of ontsteking?

Opleiding

door de ogen van de student

Collega uitgelicht

Jeanette Kleinrouweler-Wissink
(Rijnstate)

Pupilreactie

nader bekeken



Adverteren in Operationeel en De Nederlandse OK-Krant



Operationeel is het vakblad voor operatieassistenten. Het wordt gemaakt door de LVO (Landelijke Vereniging van Operatieassistenten) en vijf keer per jaar verspreid onder ruim 2100 LVO-leden. Verdere verspreiding vindt plaats op alle OK-afdelingen in Nederlandse ziekenhuizen, particuliere klinieken en opleidingscentra. De totale oplage is 3500 exemplaren.



De Nederlandse OK-Krant

is een uniek product dat tot stand is gekomen door VL Media Advies met medewerking van de LVO en de andere beroepsverenigingen voor het operatiekamercomplex (OKc). De krant wordt tien keer per jaar verspreid op alle OK-complexen en in de klinieken van Zelfstandige Klinieken Nederland. Ook leveranciers zullen de krant ontvangen. De totale oplage is 6500 exemplaren.

Er zijn interessante tarieven voor combinatiepakketten!

Informatie betreffende adverteren in Operationeel kunt u verkrijgen via Hennie Mulder, bestuurslid LVO Media: operationeel@lvo.nl.

Informatie betreffende adverteren in De Nederlandse OK-Krant kunt u verkrijgen via Alex van Leeuwen: info@denerlandse-ok-krant.nl.



Maquet Moduevo Sky

Optimaal ruimtegebruik

De Maquet Moduevo serie bestaat uit verschillende verticale pendelsystemen, maar ook horizontale oplossingen zoals Sky.

De Sky pendel is geschikt voor vele toepassingen, waaronder gebruik op de OK en diverse High Care afdelingen.

Sky is beschikbaar in verschillende uitvoeringen, zoals een starre versie en een in hoogte verstelbare variant. De pendel kan worden uitgerust met verstelbare plateaus en vele andere Maquet Moduevo accessoires.

Stel uw ideale pendel samen en maak optimaal gebruik van de beschikbare ruimte.

Meer weten?
Ga naar www.getinge.com
of scan de QR-code.



GETINGE 

IMPROVE THE CHANCES

REDUCE RISK FOR INFECTION

COPAL[®]G+C

Reduction of infection risk* using dual antibiotic-loaded bone cement in high risk patients

↓ **34%** in primary hip & knee arthroplasty

↓ **69%** in fractured neck of femur

↓ **57%** in aseptic revision TKA

* as reported in study results



COLOFON

Operationeel is het vakblad voor operatieassistenten. Het wordt gemaakt door de LVO (Landelijke Vereniging van Operatieassistenten) en vijf keer per jaar verspreid onder ruim 2100 LVO-leden. Verdere verspreiding vindt plaats op alle OK-afdelingen in Nederlandse ziekenhuizen, particuliere klinieken en opleidingscentra. De totale oplage is 3500 exemplaren.

Redactie

Hoofdredacteur: Menno Goosen, redactie@lvo.nl
 Adjunct-hoofdredacteur: Ingrid Lutke Schipholt, redactie@lvo.nl
 Redactiecoördinator LVO: Hennie Mulder, operationeel@lvo.nl
 Eindredacteur: Harriët Teijen
 Vormgeving en dtp/opmaak: Snep
 Productie en distributie: Snep

Advertenties

Informatie betreffende adverteren in Operationeel en De Nederlandse OK-Krant kunt u verkrijgen via info@denederlandse-ok-krant.nl, 06-11352165 (Alex van Leeuwen), of Hennie Mulder, bestuurslid LVO Media: operationeel@lvo.nl.

LVO

Landelijke Vereniging van Operatieassistenten
 Postbus 27
 4130 EA Vianen
 www.lvo.nl
 Zie voor alle LVO-mailadressen het blokje LVO-informatie in de rubriek LVO-nieuws in deze uitgave.

Abonnementen

Toezending van Operationeel is voor LVO-leden onderdeel van hun lidmaatschap. Adreswijzigingen dienen doorgegeven te worden via MIJN LVO (www.lvo.nl). Je kunt daar inloggen met je e-mailadres en lidnummer.

Voor niet-leden gelden de volgende abonnementsprijzen: jaarabonnement € 65,50; los nummer € 8,50; abonnement buiten Nederland € 82,50.

Alle prijzen zijn inclusief btw en verzendkosten.

Prijswijzigingen voorbehouden.

Opzegging betaalde abonnementen:

schriftelijk, uiterlijk twee maanden voor afloop van de abonnementsperiode. Bij niet tijdige opzegging wordt het abonnement automatisch met een jaar verlengd.

Auteursrechten

Niets uit deze uitgave mag worden gereproduceerd zonder schriftelijke toestemming van de LVO. Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en LVO geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich aanbevolen.

Disclaimer

Veel van de gebruikte foto's in Operationeel 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 coverfoto's die een artistiek doel dienen.

International Standard Serial Number

ISSN 1872-6712

© 2021 LVO

INHOUD



6 OK-collega uitgelicht

Operatieassistent en praktijkopleider Jeanette Kleinrouweler-Wissink (59) wil niets liever dan nieuwe collega's opleiden. De vertrouwelijke gesprekken met studenten vindt ze waardevol. Dit, in combinatie met het assisteren, is voor haar de ideale baan.



10 Bloedend leed bestrijden

Endometriose is een in essentie goedaardige gynaecologische aandoening, waarbij endometriumachtig weefsel zich buiten de baarmoeder bevindt. Dat schrijft Velja Mijatovic in zijn oratie over endometriose. De enige betrouwbare manier om de diagnose endometriose te stellen is door een laparoscopie, gecombineerd met het afnemen van biopten voor histologische bevestiging van de diagnose.



16 Lege Artis nader bekeken

De taal van de geneeskunde is voor mensen van buiten de zorg vaak onbegrijpelijk. Artsen Marc-Jan Janssen en Bernard Leenstra laten hun creativiteit los op het medisch jargon in het boek Lege Artis.



18 Beknelde zenuw of ontsteking?

In Nederland komen jaarlijks 140.000 mensen bij de huisarts met nek- of ruggpijn. Een deel van die patiënten geneest met pijnstillers. Een ander deel komt op de operatietafel terecht. Leidse wetenschappers onderzoeken of opereren de juiste stap is in de behandeling.



22
Operatieassistent en verpleegkundige in vier jaar

Gezondheid & Technologie (G&T) is een studieroute binnen de hbo-opleiding tot verpleegkundige. Bij deze studieroute kunnen studenten aanvullend een OK-route volgen. Daarmee kunnen ze naast hun reguliere diploma hbo-v G&T ook een diploma operatieassistent of anesthesiemedewerker behalen. Ilse Mensink volgt deze opleiding.



26
Pupilreflex ontmaskert onzichtbare aandoening

Een afwijkende pupilreflex kan wijzen op een verstoring in de hersenen of de oogzenuw, maar ook op een neurologische aandoening. In al zijn eenvoud is het testen van de pupilreactie dan ook bijzonder waardevol.



34
Start een Green Team!

Duurzame zorg wordt een steeds populairder onderwerp in Nederland. En terecht, want er is zo veel winst in te behalen! Maar waar begin je? Misschien wel bij een Green Team.

EN VERDER IN DIT NUMMER

- 8 LVO-nieuws**
- 30 Chirurgisch nieuws**
- 36 Boeken**
- 39 Column Pieter Poortman**



LVO-congres

Sinds dit voorjaar is er bij het Amsterdam Universitair Medisch Centrum een hoogleraar speciaal voor de aandoening endometriose. In zijn oratie vertelde Velja Mijatovic dat tot begin vorige eeuw werd gedacht dat chronische buikpijnklachten bij vrouwen toe te schrijven waren aan een geestesziekte, zoals hysterie. Vrijwel niemand dacht nog aan endometriose. Hij legt uit wat er nu bekend over is.

Verder kun je in deze Operationeel lezen over het onderzoek naar terugkerende pijn van een nek- of rughernia na een operatie waarbij de zenuw uit de beknelling wordt gehaald. Op lange termijn heeft 30 % van de geopereerde patiënten weer pijn. In Leiden en Hoofddorp gaan ze op onderzoek uit.

Heb jij een collega die jouw voorbeeld was en van wie je de kneepjes van het vak leerde? Operatieassistent en praktijkop-leider Jeanette Kleinrouweler-Wissink is zo iemand. Zij heeft een groot hart voor haar leerlingen en studenten. In OK-collega uitgelicht vertelt ze wat haar beweegt.

Met trots meldt de LVO in deze editie dat het zo goed als zeker is dat er eindelijk weer een live-versie komt van het LVO-congres: op 25 november. Het congres kreeg de titel De nieuwe wereld mee. Meld je aan via lvocongres.org.

Tijdens het congres wordt ook aandacht besteed aan de Groene OK. Wij hebben Else de Ridder gevraagd wat we op de OK kunnen doen aan duurzame zorg. Je leest het op pagina 32.

Tot slot: gynaecoloog en Operationeel-cartoonist Marc-Jan Janssen maakte samen met medische duizendpoot Bernard Leenstra een boek met cartoons en gedichten. Wij brengen een voorproefje.

Veel leesplezier!



Menno Goosen
hoofdredacteur
redactie@lvo.nl



Ingrid Lutke Schipholt,
adjunct-hoofdredacteur
redactie@lvo.nl



Hennie Mulder
redactiecoördinator LVO
operationeel@lvo.nl

'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's (inclusief cover): Ivonne Zijp



Jeanette (m) tussen twee studenten in.

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 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 terecht komen. 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 aan 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 frustrereert, 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 nadenken, 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.’

Op onze OK’s lopen collega’s rond die net iets extra’s hebben. Wie zijn ze en wat doen ze? ‘Operationeel’ geeft ze hier een podium.

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 mijn 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. Maaïke 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.’

LVO-congresdag 25 november weer live bijwonen

De LVO organiseert op 25 november de 34ste LVO-congresdag, en die kan weer live worden bijgewoond. Vanwege Covid werd het jaarlijkse tweedaagse LVO-congres dit jaar gesplitst in een webinar en een congresdag. Het webinar, in maart, werd door 600 deelnemers bekeken. Het LVO-congres is het enige door een beroepsvereniging georganiseerde congres voor operatieassistenten. Behalve voor operatieassistenten is het ook zeer interessant voor specialismeoudsten, dagcoördinatoren, praktijkbegeleiders en leidinggevenden. Het congres is geaccrediteerd door het LVO-kwaliteitsregister met 4 punten.

Beursvloer

Bezoek de interactieve beursvloer met vele activiteiten, meer dan 40 stands met de laatste producten, carrièremogelijkheden en patiëntenverenigingen! Hier doe je kennis op over de nieuwste ontwikkelingen, technieken en producten.

Programma

De 34ste LVO-congresdag staat in het teken van De Nieuwe Wereld. Het programma ziet er als volgt uit:

- 9.00 **Opening**
- 9.15 **Gevolgen van Covid-19 bij zorgpersoneel/de operatieassistent**
Mark van Zuylen, M.D., anesthesioloog i.o., Amsterdam UMC
- 9.45 **Transformatie van de zorg door de ogen van De Jonge Dokter**
Lisa Trommelen, arts-onderzoeker, Amsterdam UMC
- 10.15 **De nieuwe wereld van de LVO**
Nicole Dreessen, voorzitter LVO
- 10.30 **Lezing over de Groene OK**
- 10.45 **Pauze**
- 11.15 **Longchirurgie en de nieuwe wereld**
Frederike Grimmen, chirurg-oncoloog, Medisch Centrum Leeuwarden
- 11.45 **Beeldgestuurde operaties – navigeren naar de toekomst**
Harald Groen, biomedical engineer, NKI-AvL
- 12.00 **Pump it up – chemopomp bij levermetastasen**
Myrtle Krul, arts-onderzoeker afdeling Chirurgie, NKI-AvL
- 12.15 **Heart-in-a-box**
Dr. Michiel Erasmus, cardiothoracaal chirurg, UMC Groningen
- 12.45 **Lunch**
- 13.45 **ALV-bestuursverkiezing**
- 14.15 **Schouder aan schouder: nieuwe manieren van opleiden en samenwerken in Amsterdam UMC**
Prof. dr. Jaap Bonjer, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en chirurg, Amsterdam UMC, & Sophie Rijpkema, MSc, voorzitter OT personele capaciteit, Amsterdam UMC

Presentaties kandidaten Van Straten Young Professional Award:

- 14.45 **Zorg voor de zorgprofessional; collegiale opvang op de afdeling Anesthesiologische en Operatieve Zorg**
Anne van Es, operatieassistent i.o., Amsterdam UMC
- 15.00 **Procesoptimalisatie van de implantatenregistratie op de OK**
Shannon Romy Stegeman, operatieassistent i.o., Spaarne Gasthuis Hoofddorp & Haarlem
- 15.15 **Het reduceren en recyclen van afval afkomstig van de operatiekamers**
Flávia da Silva Felício, operatieassistent/GreenTeam, OLVG
- 15.30 **Pauze**
- 16.00 **Uitreiking Van Straten Young Professional Award**
- 16.15 **Edwin de Wolf: veerkracht**
- 17.00 **Borrel**

Nieuwe locatie

Anders dan anders wordt het congres dit keer gehouden in evenementenlocatie Gooiland in Hilversum. De locatie ligt centraal en is goed bereikbaar, zowel met de auto als het openbaar vervoer. Bezoekers die met de auto komen, kunnen parkeren om de hoek in de ondergrondse parkeergarage. Kom je met het ov, dan loop je er in vijf minuten naartoe vanaf het NS-station.

Aanmelden

Aanmelden kan nog. Dus schrijf je snel in en reserveer deze dag in je agenda!

LVO-leden betalen € 210, niet-leden betalen € 285.

Aanmelden kan via lvocongres.org.



foto: Ivonne Zijp

Young Professional Award

Ook dit jaar is er weer de verkiezing van het beste afstudeerproject van operatieassistenten. De winnaar gaat naar huis met de hoofdprijs: de Young Professional Award. De LVO is op zoek naar operatieassistenten die recentelijk of bijna zijn afgestudeerd én een afstudeerproject hebben afgerond. Wij vinden het belangrijk om de kennis die jullie met onderzoek hebben opgedaan te delen met andere operatieassistenten, zodat deze kennis niet beperkt blijft tot jouw eigen ziekenhuis.

De inzendingen worden beoordeeld door de leden van de commissie Onderwijs. Er worden drie inzendingen genomineerd. De genomineerden krijgen een uitnodiging om de eerste dag van het LVO-congres in maart 2022 gratis bij te wonen. Zij presenteren



dan hun onderzoek. De winnaar krijgt de Van Straten Medical Young Professional Award en een leuk geldbedrag.

Ben jij een enthousiaste, recent gediplomeerde operatieassistent, of een derdejaars student die in september of maart het diploma krijgt? Dan is de commissie Onderwijs op zoek naar jou!

De inzendingen moeten vóór 1 december 2021 worden gemaïld naar onderwijs@lvo.nl.

Deelname Kwaliteitsregister groeit gestaag

In 2014 is de LVO gestart met een eigen kwaliteitsregister. De thermometer op lvo.nl wijst aan dat ruim 40% van de LVO-leden zich inmiddels heeft aangemeld voor dit kwaliteitsregister.

De overheid heeft tot op heden niets geregeld voor onze beroepsgroep om de kwaliteit te garanderen en te borgen. Dit laat men aan de beroepsgroep zelf over. Het behalen van het diploma in het verleden zegt niets over de huidige kwaliteit. Daarom houdt de geregistreerde operatieassistent in het kwaliteitsregister ook een persoonlijk dossier bij, waarin via accreditatiepunten wordt aangetoond dat hij of zij actief en bewust bezig is met het bijhouden van het beroep en een bepaald niveau van kwaliteit kan leveren.

Alle operatieassistenten kunnen zich registreren in het LVO-kwaliteitsregister als ze in het bezit zijn van een geldig diploma. Ze ontvangen na registratie een bewijs van inschrijving. Ook voor operatieassistenten die niet kunnen voldoen aan de eis van 16 uur patiëntengebonden werkzaamheden per week bestaat de mogelijkheid tot registratie. Zij kunnen zich registreren als niet-praktiserend (NP). Dit kan bijvoorbeeld gelden voor praktijk-

begeleiders, docenten en teamleiders. Kwaliteitsregistratie is dé manier om aan patiënten, andere zorgverleners, werkgevers en zorgverzekeraars de garantie te geven dat ze te maken hebben met een operatieassistent die voldoet aan de vastgestelde beroepseisen.

Aanmelden voor het kwaliteitsregister?

Dat kan op lvo.nl/kwaliteitsregister.

Traumadagen: Open Up!

Op 4 en 5 november 2021 staan de Traumadagen 2021 gepland in de RAI Amsterdam. Live, dus het thema dit jaar is: Open Up! Net als bij andere edities van de Traumadagen zijn operatieassistenten ook welkom.

Een greep uit de onderwerpen: Trauma Care, Fracture Management en de Best of the Best. Met Top Knife- en Basic Science-sessies worden de deelnemers op de hoogte gebracht van de laatste inzichten.

Ook dit jaar zijn er weer vrije voordrachten. De congrescommissie roept weten-

Dag voor praktijkbegeleiders en studenten

Op 5 oktober is er een bijeenkomst voor praktijkbegeleiders en studenten. Het thema is: Hand in hand – een educatieve dag voor praktijkbegeleiders en studenten. De Praktijkbegeleidersdag in combinatie met de Studentendag wordt door de LVO georganiseerd.

Het programma is als volgt:

9.00	Ontvangst met koffie/thee
9.30	Opening
9.40-10.10	Het exoskelet – Niels Brouwer
10.10-10.30	Nieuwe symbolen op verpakkingen: SBA
10.30-10.45	Korte pauze
10.45-11.30	EPA's – Cherida Louz
11.30-12.00	Wat betekende Covid-19 voor de student – Anne Beers
12.00-13.00	Leerklimaat op de OK – Marlous Sedee, Paula Pool
13.00-13.45	Lunch
13.45-14.30	POWI BD
14.30-15.15	Battle tussen PB'ers en studenten

Dit alles vindt plaats in het MeetingDistrict, Blokhoeve 2A, 3438 LC Nieuwegein. Inschrijven? Ga naar lvo.nl.



schappers op een abstract in te sturen. Het programma is in het Nederlands en in twee dagen wordt de traumachirurgie van alle kanten belicht.

Meer info:

trauma.nl/stn/traumadagen-2021.



foto: Shutterstock

Nieuwe hoogleraar endometriose

Bloedend leed bestrijden

Professor Velja Mijatovic is gynaecoloog en specialist voortplantingsgeneeskunde bij het Amsterdam Universitair Medisch Centrum. In april van dit jaar werd hij benoemd tot Nederlands eerste hoogleraar endometriose. In zijn oratie, getiteld Bloedend leed bestrijden, pleit hij voor een bredere kijk op de endometriosezorg. 'De organisatie van deze zorg zal in Nederland de komende jaren veranderen.'

Tekst: Velja Mijatovic, gynaecoloog Amsterdam UMC
Foto's/illustraties: zie credits langs zijkant



Schematische weergave van endometriose in de onderbuik.

Endometriose werd voor het eerst histologisch beschreven door Karl von Rokitansky in 1860, maar er zijn aanwijzingen dat het ziektebeeld al meer dan 4000 jaar geleden in medische teksten werd gedocumenteerd. Toch duurde het nog tot in het begin van de twintigste eeuw voor chronische buikpijnklachten bij vrouwen werden toegeschreven aan een gynaecologische aandoening. Tot die tijd dacht men vooral aan geestesziekten, zoals histerie. Sigmund Freud kwam tot de conclusie dat de aan histerie lijdende vrouw seksueel onbevredigd zou zijn. De ziekte kwam immers opvallend veel voor bij

weduwen, nonnen en vrijgezelle vrouwen. Inmiddels weten we dat deze vrouwen inderdaad meer risico hebben op endometriose omdat zij blijven menstrueren, zonder onderbreking daarvan door een zwangerschap of borstvoeding.

Wat is endometriose?

Endometriose is een in essentie goedaardige gynaecologische aandoening, waarbij endometriumachtig weefsel zich buiten de baarmoeder bevindt. Het kan in de buikholte zitten, maar bijvoorbeeld ook in de blaas, urineleiders, vagina, endeldarm, in de borstholte of in de buikwand (bijvoorbeeld in het litteken van een keizersnede of in de navel).

De endometrioselaesies veroorzaken een ontstekingsreactie, waarbij verklevingen kunnen optreden. Dat kan anatomische vervormingen geven. Om het endometrioseweefsel te voeden ontstaan nieuwe bloedvaatjes en ingroei in zenuwen; dat veroorzaakt pijnklachten. Al met al kan endometriose leiden tot orgaandysfunctie, onvruchtbaarheid en vermindering van kwaliteit van leven.

Sinds een aantal jaar weten we dat vrouwen met endometriose een hoger risico hebben op hart- en vaatziekten. Dit risico wordt verklaard door onder andere de verhoogde concentraties van ontstekingsmediatoren bij endometriose.

Endometriose komt voor bij 6 tot 10% van de vrouwen in de vruchtbare leeftijd. Dat betekent dat wereldwijd ruim 176 miljoen vrouwen eraan lijden en in Nederland ongeveer 350.000 vrouwen.

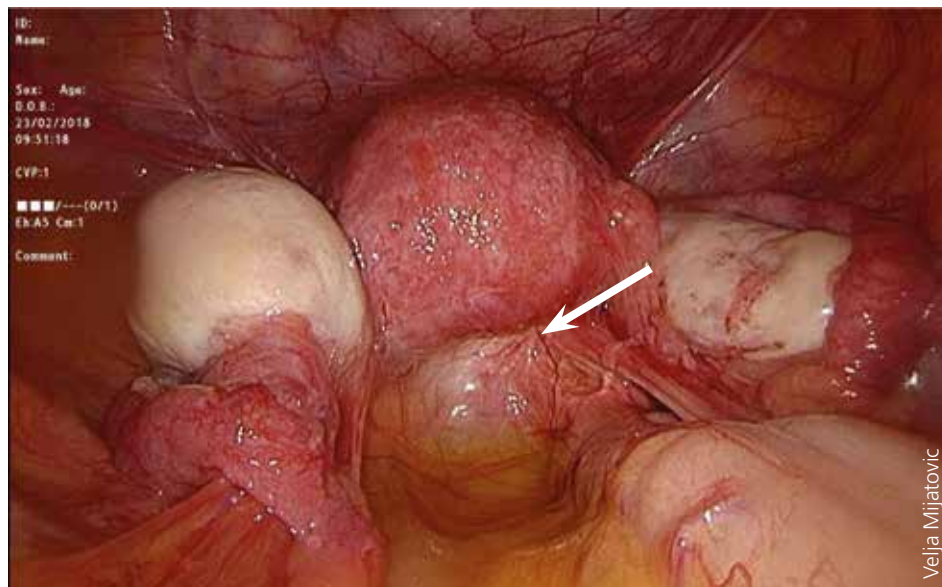
'De weg die een endometriosepatiënt aflegt kan lang zijn'

Maatschappelijke impact

Dat endometriose ook een maatschappelijke impact kan hebben, werd gedemonstreerd met de EndoCost-studie. Die studie toonde aan dat 50% van de endometriosepatiënten niet alleen persoonlijk en in hun relaties last heeft van de endometriose, maar dat de ziekte ook een negatieve impact heeft op hun werk. Dit vertaalt zich in een hoge economische last van endometriose, niet alleen door de directe medische kosten, maar ook door ziekteverzuim en productiviteitsverlies.

Hoe verklaren wij endometriose?

In 1927 was de Amerikaanse gynaecoloog John A. Sampson de eerste die veronderstelde dat endometriose het gevolg was van zogenaamde retrograde menstruaties. Hij stelt in zijn theorie dat stukjes slijmvlies van de baarmoeder tijdens de menstruatie via de eileiders in de buikholte terechtkomen en daar endometrioselaesies vormen. Deze retrograde implantatietheorie is door de jaren heen verder bevestigd, maar ook onderwerp van discussie en debat gebleven. Zo verklaart de theorie niet alles. Retrograde menstruaties komen namelijk voor bij tot 90% van de vrouwen met open eileiders; slechts een fractie daarvan ontwikkelt endometriose. Ook bepaalde vormen van endometriose worden door dit model onvoldoende verklaard, zoals diepe endometriose, buikwand-endometriose, endometriose bij afwezige baarmoeder, endometriose bij mannen en zogenaamde early onset endometriose (optredend voor en tijdens de puberteit). Inmiddels weten we dat early onset endometriose te maken kan hebben



Diepe endometriose van het rectosigmoid met geoblitereerd cavum Douglasi te zien via laparoscopie.

met het fenomeen van neonatale uteriene bloedingen, die soms optreden direct na de geboorte. Endometriale stamcellen kunnen zich dan al verspreiden in de buikholte van de baby en zich hechten aan het buikvlies. Ze worden geactiveerd zodra de oestrogeenspiegels stijgen en het meisje voor het eerst ongesteld wordt. Heden ten dage beschouwen wij endometriose als een complex multifactorieel ziekteproces dat zich ontwikkelt onder invloed van immunologische, inflammatoire, hormonale en genetische factoren.

Hoe snel stellen wij de diagnose?

De weg die een endometriosepatiënt aflegt kan lang zijn. Uit Nederlands onderzoek uit 2014 bleek dat er gemiddeld 7,5 jaar zit tussen het begin van de klachten en het stellen van de diagnose. Later onderzoek suggereert een gemiddelde tijdsduur tussen 1,5 en 7 jaar. Op dit moment loopt een landelijke inventarisatie binnen de twaalf Nederlandse endometrioseklinieken. Daaruit moet een actueel beeld ontstaan over de

tijd tot diagnose in Nederland.

De tijd tot diagnose wordt deels bepaald doordat het stadium van de ziekte niet correleert met de aanwezigheid of ernst van symptomen. Bovendien is geen enkel symptoom specifiek voor endometriose. De differentiaaldiagnose is breed en er is overlap tussen het gynaecologische, urologische en gastro-enterologische domein. Daarbij is het onderscheid tussen fysiologie en pathofysiologie soms lastig te maken, ook voor de vrouw zelf. Hoeveel menstruatiepijn is bijvoorbeeld normaal?

Het stellen van de diagnose endometriose is dus al met al een uitdaging.

Hoe komt endometriose in beeld? Laparoscopie

De enige betrouwbare manier om de diagnose endometriose te stellen is een laparoscopie. Deze kan gecombineerd worden met het afnemen van biopsies voor histologische bevestiging van de diagnose. Echter, een laparoscopie heeft ook nadelen: het is invasief en de ziekte wordt er niet altijd mee opgemerkt.

Onderzoek naar biomarker

Er is behoefte aan een betrouwbare niet-invasieve diagnostische test, die de tijd tot diagnose verkort én de mogelijkheid biedt om in een vroeg stadium het ziektebeeld vast te stellen en te behandelen. Helaas bestaat een dergelijke test met de nodige accuratesse nog niet. In de zoektocht naar de mogelijkheden van non-chirurgische diagnose van endometriose hebben wij binnen het Amsterdam UMC onderzoek gedaan naar een mogelijke mechanische biomarker voor het ziektebeeld. Dit onderzoek toonde aan dat de endometriumcellen bij endometriosepatiënten een significant grotere mechanische vervormbaarheid hebben dan die van controlepatiënten. Vervolgonderzoek met een groter cohort is nodig om deze bevinding te bevestigen.

Beeldvormende technieken

Ook beeldvormende technieken, zoals transvaginale echoscopie en MRI, spelen een toenemende rol bij de diagnose van endometriose. MRI heeft het voordeel dat het volledige kleine bekken in beeld kan worden gebracht. Daarmee is het zeer geschikt voor het vaststellen van diepe endometriose in vagina, endeldarm, dikke darm, blaas en

urineleiders. Het geeft een goede 'roadmap to surgery' en ook een diagnostisch follow-up-instrument voor evaluatie na chirurgische behandeling.

Hoe classificeren wij endometriose?

Voor de chirurgische stadiëring van endometriose is de wereldwijde standaard het ziekteclassificatiesysteem van de American Society of Reproductive Medicine (ASRM). Dit systeem correleert echter slecht met pijnklachten en onvruchtbaarheid, en het laat endometriose-laesies buiten de buikholte buiten beschouwing. Om dit te ondervangen, werd het ENZIAN-systeem geïntroduceerd, maar ook dat correleert niet met pijnklachten. Er is dus een beter classificatiesysteem nodig dat rekening houdt met zowel diagnostische als klinische eindpunten. Hiervoor is een integrale benadering nodig die zowel klinische, moleculaire als biochemische data combineert.

'Er is een serieuze vraag naar betere medicijnen voor de behandeling van endometriose'

Nieuwe laparoscopische technieken

Hoe goed kunnen we endometriose eigenlijk zien tijdens een laparoscopie? We weten dat bij 50% van de vrouwen die een chirurgische behandeling van endometriose hebben gehad, de pijnklachten binnen 5 jaar terugkomen. Een verklaring voor dit hoge percentage lijkt te zijn dat endometriose-laesies niet herkend zijn, waardoor bij een operatie niet alles is verwijderd. Met alle toegenomen ziektelast en kosten van dien. Laparoscopische visualisatie-technieken verbeteren echter snel.

Naast high definition en driedimensionale beeldvorming ontstaan ook technieken waarmee met ander licht naar weefsel gekeken kan worden. Zo kan endometriose die tijdens een laparoscopie met conventioneel 2D wit licht niet gezien wordt,

toch worden gevisualiseerd. Bij andere visualisatietechnieken worden middelen intraveneus toegediend, zoals ICG (indocyanine-groen), dat onder *near infrared* licht de vascularisatie accentueert.

Uit een recente studie bleek dat beeldvorming met 3D wit licht een aanzienlijk betere detectie van endometriose-laesies gaf dan de conventionele 2D wit licht beeldvorming. Narrow band imaging en near infrared beeldvorming bleken minder waardevol te zijn.

Opvallend was dat in 15 tot 20% van de gevallen waarbij geen endometriose-laesies zichtbaar waren, in controlebiopsies toch endometriose werd aangetoond. Laparoscopie sluit de diagnose endometriose dus nog steeds niet uit.

Lopend onderzoek

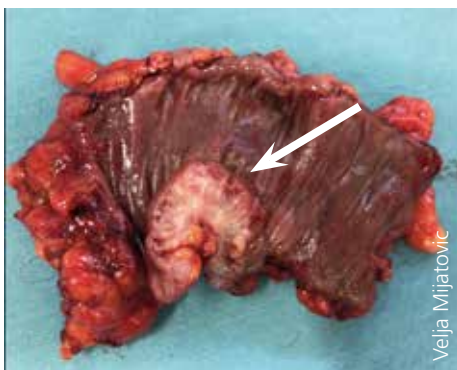
Endometriose-cysten

Ten minste 20% van de patiënten met endometriose heeft een endometriose-cyste. Deze cysten geven buikpijn en kunnen leiden tot verminderde vruchtbaarheid. Meestal zijn ze een manifestatie van het ziektebeeld in een vergevorderd stadium.

Zowel behandeling met medicatie als een operatie kan effectief zijn. Waarschijnlijk is chirurgische behandeling (kosten)effectiever. Hiernaar loopt een landelijk gerandomiseerd onderzoek, de SOMA-trial.

Endometriose en eierstokkanker

Endometriose wordt als een goedaardige aandoening beschouwd. Het heeft echter wel kankervormige kenmerken, zoals een invasief groeipatroon. Vrouwen met endometriose hebben een 1,3 maal hoger risico om eierstokkanker te ontwikkelen. Verschillende somatische mutaties die vaak bij kanker voorkomen, kunnen ook worden aangetroffen bij endometriose. Deze patiënten hebben geen kanker, maar de mutaties blijken wel de endometriose te stimuleren. Ondanks de enorme vooruitgang in de genetica kunnen we bij endometriosepatiënten nog niet het risico op eierstokkanker typeren. Het is ook niet zeker of dit risico verlaagd kan worden door bijvoorbeeld een preventieve verwijdering van de eierstokken. Een consortium van vijf Nederlandse ziekenhuizen (Maastricht UMC, Radboud UMC, Catharina Ziekenhuis Eindhoven, LUMC en Amsterdam UMC) doet hier momenteel onderzoek naar.



Status na low anterior resectie: darmresectie preparaat met obstructieve endometriosehaard (zie witte pijl).

Hoe kunnen we endometriose behandelen?

Endometriose is niet te genezen. Bij de behandeling gaat het om drie dingen: vermindering van pijnklachten, verbetering van de kwaliteit van leven en voorkomen van progressie van het ziektebeeld.

Multidisciplinair

Vooraf vrouwen met ernstige klachten, therapieresistentie en/of multiorgaan-endometriose dienen in een multidisciplinair team te worden besproken, beoordeeld en behandeld. Dit team dient minimaal te bestaan uit een gynaecoloog, radioloog, colorectaal chirurg en uroloog. Bij voorkeur worden een pijndeskundige, psycholoog, gastro-enteroloog, longchirurg en verpleegkundigen erbij betrokken. Vanuit deze multidisciplinaire benadering wordt geïntegreerde zorg in levensfasen verleend in plaats van zorg vanuit afgebakende specialismen. Hierbij is aandacht voor sociale context, leefstijl en gedrag nodig.

'Het is een uitdaging om vrouwen met endometriose die zwanger willen worden te behandelen'

Individueel op maat

Tijdens het leven van de vrouw, vanaf de adolescentie tot de postmenopauze, dient de behandeling van endometriose tijdig te worden aangepast bij veranderende levensdoelen, verwachtingen en behoeften van de patiënte. De behandeling wordt individueel en op maat gemaakt aan de hand van de evidence-based richtlijnen, waarbij rekening gehouden wordt met een actieve of latente wens om zwanger te worden.

Medicatie

Het ideale medicijn voor endometriose bestaat helaas nog niet. De meeste middelen die wij in de behandeling van endometriose gebruiken zijn hormoonpreparaten, zoals bijvoorbeeld de anticonceptiepil. Ze remmen de oestrogeenproductie en de menstruaties. Daardoor verminderen de endometriose-laesies en de ontstekingsreactie, en nemen pijnklachten af. Aanvullend gebruik van NSAID's versterkt de ontstekingsremming en pijnstilling. Hormoonbehandeling geeft bij veel vrouwen verlichting, maar niet bij iedereen.

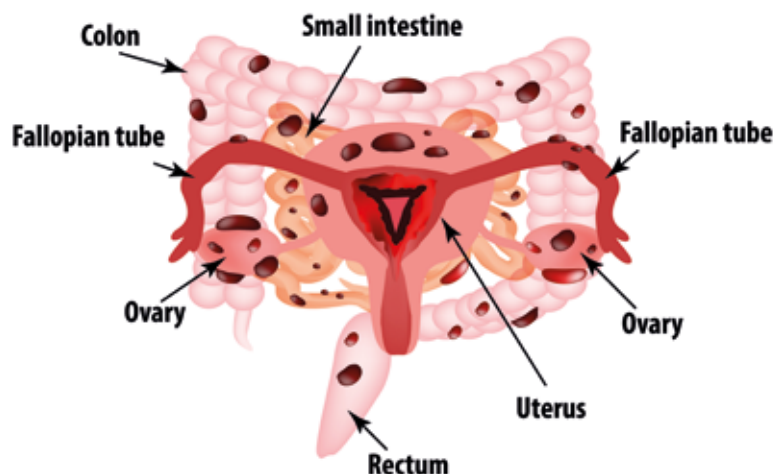
Daarnaast kan de behandeling bijwerkingen hebben. Belangrijk nadeel is dat deze medicijnen een vruchtbaarheidsprobleem geven op het moment van gebruik. Pijn en subfertiliteit kunnen daardoor niet tegelijk worden behandeld.

Er is dus een serieuze vraag naar betere medicijnen voor de behandeling van endometriose.

Hoopgevend is de introductie van Relugolix, een orale antagonist. De resultaten van de eerste fase 2-trial bij endometriose zijn veelbelovend.

Verder is er op dit moment weinig perspectief op nieuwe en innovatieve endometriosemedicijnen. Afgaande op de huidige pijplijnen van de farmaceutische industrie, is het niet erg waarschijnlijk dat de komende 5 jaar nieuwe medicatie ontwikkeld wordt. Dit in schril contrast met bijvoorbeeld het veld van kankergeneesmiddelen: in de afgelopen 10 jaar werden gemiddeld 31 medicijnen per jaar geregistreerd. Alleen al in 2020 kwamen er 40 nieuwe kankermedicijnen bij.

Prevalence and anatomical distribution of endometriosis



There are locations of endometriosis on the ovaries, uterus, small intestine, colon

Pijnbehandeling

De pijn bij endometriose is erg complex. Behandeling ervan is meerledig:

- Farmacologisch: hormonale therapie en pijnstilling.
- Chirurgisch verwijderen van endometriose-laesies.
- Bekkenbodempfysotherapie (bij een hypertone bekkenbodem).
- Cognitieve gedragstherapie bij een overgevoelig zenuwstelsel. Veel vrouwen met endometriose blijken hypersensitief te zijn voor pijn, angst en depressie. Dat komt doordat de chronische pijn veranderingen in hersen- en zenuwweefsel veroorzaakt. Dit is zichtbaar via MRI in hersengebieden die geassocieerd zijn met pijnperceptie en emoties.

Mogelijke innovaties in de behandeling van endometriose:

- Neuromodulatie, ofwel elektrische stimulatie van het ruggenmerg. Dit is een nieuwe mogelijkheid voor patiënten voor wie medicamenteuze of chirurgische opties niet meer voorhanden zijn. Een verkennende studie hiernaar start binnenkort in het Amsterdam UMC en het Rijnstate Arnhem.
- Virtual reality kan de coping met pijn verbeteren en de emotionele respons op de pijn reguleren. De toegevoegde waarde bij endometriose wordt nog onderzocht.

Endometriosedieet

Helaas bieden de bestaande behandelingen niet altijd voldoende verbetering van endometrioseklachten en kwaliteit van leven. Het is dan ook niet verwonderlijk dat patiënten zich oriënteren op een verandering in leefstijl, ook om zelf meer controle over het ziektebeeld te krijgen. Het endometriosedieet is vooral gebaseerd op patiëntervaringen en op aanwijzingen vanuit de literatuur. Zo zijn er aanwijzingen dat bepaalde voedingsstoffen geassocieerd zijn met endometriose, bijvoorbeeld rood vlees, zuivel en gluten. In het endometriosedieet worden ook voedingsmiddelen vermeden met geraffineerde suikers of een hoog oestrogene gehalte (bijvoorbeeld soja). Mogelijk heeft het vermijden van deze voedingsmiddelen een ontstekingsremmend, antioxidant en/of antioestrogeen effect, waardoor de endometriose wordt onderdrukt en de pijn vermindert.

Vrouwen die het endometriosedieet volg(d)en geven een significant hoger cijfer aan alle domeinen van hun kwaliteit van leven dan vrouwen die het dieet niet volg(d)en. Er lopen nog diverse studies naar dieetinterventies bij endometriose (Amsterdam UMC, UMC Groningen, Maastricht UMC en Radboud UMC).

Verminderde vruchtbaarheid bij endometriose

Endometriose vermindert de vruchtbaarheid door de ontstekingen, verminderde eicelvoorraad en -kwaliteit, disfunctie van de eileiders, verminderde receptiviteit van het endometrium en adenomyose (ingroeitend baarmoederslijmvlies). Het is een uitdaging om vrouwen met endometriose die zwanger willen worden te behandelen. Vaak krijgen zij ivf en/of ICSI, maar de slagingspercentages zijn niet optimaal. Jarenlang werd daarbij aanbevolen om vóór ivf/ICSI de natuurlijke cyclus stil te leggen met een GnRH-agonist, maar het voordeel daarvan bleek in nieuw onderzoek onzeker. Momenteel loopt een onderzoek naar de effectiviteit van voorbehandeling met de pil versus GnRH-agonisten (de COPIE-studie). Een andere mogelijke voorbehandeling, het spoelen van de baarmoederholte, wordt niet aanbevolen: onderzoek hiernaar leverde geen voordeel van deze behandeling (TUBIE-studie) bij endometriosepatiënten die een ivf-behandeling ondergingen. Het effect van chirurgische behandeling van diepe (colorectale) endometriose op voortplantingsresultaten is nog steeds een punt van discussie. Er zijn alleen observatieve studies beschikbaar, die verschillende conclusies laten zien, en met een hoge mate van heterogeniteit en daardoor risico op vertekening. Het routinematig uitvoeren van een risicovolle operatie om de vruchtbaarheid te verbeteren bij vrouwen met colorectale endometriose zonder occlusieve symptomen, moet daarom in twijfel worden getrokken.

Organisatie van de endometriosezorg

De organisatie van de endometriosezorg in Nederland zal in de komende jaren veranderen.

Centralisatie

In 2017 stelde de World Endometriosis Society dat de endometriosezorg gecentraliseerd moet worden, met als doel: snellere diagnose, minder leed en een hogere kwaliteit van zorg. Hiermee volgen wij andere Europese landen, zoals Duitsland, Frankrijk en Denemarken, waar centralisatie van endometriosezorg inmiddels een feit is.

Kwaliteitsnorm

In 2020 is de kwaliteitsnorm voor endometriose-expertisecentra goedgekeurd door de NVOG, met steun van onder andere de Endometriose Stichting. Op dit moment wordt de kwaliteitsnorm geïmplementeerd in de praktijk. De gynaecoloog is daarbij een spin in het multidisciplinaire web, in samenwerking met patiënt, huisarts, medisch specialisten en andere zorgverleners. In Amsterdam is de endometriosezorg ingebed in het gefuseerde Amsterdam UMC op twee locaties. Aan verdere regionale samenwerking wordt gewerkt, in het bijzonder met het Flevoziekenhuis en het Spaarne Gasthuis.

‘Er is meer onderzoek nodig om een non-invasieve biomarker te vinden voor endometriose’

Evaluatie

Bij het evalueren van de kwaliteit van de endometriosezorg is patiëntgerichtheid een belangrijke factor. Hierbij is de ENDOCARE-vragenlijst een waardevol instrument. Deze vragenlijst levert de sterke punten en



Endometriose in de fornix posterior van de vagina (zie witte pijl) in speculo.

Velja Mijatovic

De impact van corona op de endometriosezorg

De coronapandemie heeft ons leven ingrijpend veranderd. Lockdowns, anderhalvemetersamenleving en thuiswerken kwamen in ons leven. Reguliere zorg werd uitgesteld. Voor vrouwen met endometriose betekende dit laatste dat fysieke afspraken werden geannuleerd en geplande operaties of vruchtbaarheidsbehandelingen werden uitgesteld of gecancelled. Dit terwijl continuïteit van zorg en persoonlijke aandacht bij een chronische aandoening als deze van groot belang zijn. Met name de vrouwen met vruchtbaarheidsproblemen ervoeren hierdoor meer stress en een negatieve invloed op hun kwaliteit van leven. Patiënten vonden het weliswaar prettig dat er online mogelijkheden waren om hun zorgverlener te spreken, zoals videobellen, maar het was geen gelijkwaardige vervanging van de reguliere afspraken. Geruststelling vanuit lichamelijk of aanvullend onderzoek ontbrak immers veelal.

doelen voor verbetering van de beoordeelde endometriosekliniek. Hoe die doelen bereikt moeten worden, staat daarmee nog niet vast. In een nieuwe studie (de IMPECT-studie) zal gekeken worden naar implementatie van de verbeteringen en de belemmeringen die zich hierbij kunnen voordoen.

Voorlichting

Endometriose kan al vroeg beginnen, ook bij adolescenten en jongvolwassenen. De impact is vooral bij adolescenten groot, terwijl de kennis over menstruatieproblemen bij deze groep nog beperkt is. Educatieve programma's over menstruele gezondheid, bijvoorbeeld op scholen, kunnen het bewustzijn over endometriose vergroten en het gezondheidsgedrag onder jongeren verbeteren. Een goed voorbeeld is de voorlichtingscampagne GirlsTalk.Period! Dit is een initiatief van de Endometriose Stichting, bedoeld voor jongeren van 12 tot 19 jaar.

Ook patiëntenverenigingen zoals de Endometriose Stichting stapten snel over van fysiek lotgenotencontact naar online meetings. De informatiebehoefte van patiënten kon zo worden beantwoord, en het bleek ook een voordeel te hebben: de meetings werden ook toegankelijk voor patiënten die eerder niet naar fysieke meetings konden komen.

Hoe het gaat met de endometriosezorg sinds de tweede lockdown is nog niet onderzocht. Wij vermoeden dat de frustratie over lange wachttijden voor onder andere operaties een grotere rol is gaan spelen dan eerder in de pandemie het geval was. Gelukkig zijn er ook positieve geluiden: zo lijkt medicatie, die nu noodgedwongen vaker is ingezet als behandeling, voor velen toch goed te werken.

'Endometriosezorg dient breder te zijn dan medische en chirurgische therapie'

Conclusie

Vrouwen met endometriose hebben gedurende een lange periode individuele zorg nodig. Om de zorg voor deze vrouwen te optimaliseren, is een multidisciplinaire aanpak nodig voor zowel de diagnose als de behandeling. Centralisatie van endometriosezorg in expertisecentra kan daaraan bijdragen. Er is meer onderzoek nodig om een non-invasieve biomarker te vinden voor endometriose en vast te stellen of een betere detectie van endometriose de klinische resultaten op de lange termijn beïnvloedt. Bij de operatieve behandeling is het van belang om zorgvuldig te balanceren tussen radicale resectie en het complicatierisico. Overbehandeling kan namelijk de kwaliteit van leven ongunstig beïnvloeden en radicale resectie heeft bij deze groep niet tot doel om de overleving op lange termijn te verbeteren, zoals in de oncologie. Ook is meer onderzoek nodig naar de mechanismen die de lagere zwangerschapspersentages bij endometriosepatiënten veroorzaken om nieuwe behandelingsstrategieën te kunnen ontwikkelen. We willen ook verder onderzoeken of medische of chirurgische voorbehandeling bij vruchtbaarheidsbehandelingen de resultaten van die behandelingen kan verbeteren. Een punt van zorg is het ontbreken van innovatie in de ontwikkeling van nieuwe medicijnen. Tot slot, endometriosezorg dient breder te zijn dan medische en chirurgische therapie. Er moet aandacht zijn voor de emotionele, seksuele en sociale aspecten. Patiëntgerichtheid, en daarmee kwaliteit van leven, moet leidend zijn in onze zorg.

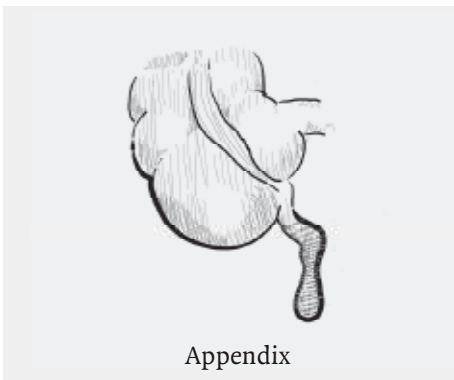
Lege Artis

Lege Artis is de titel van het nieuwe boek van Marc-Jan Janssen en Bernard Leenstra. Het bevat een ‘inspirerende verzameling medisch-wetenschappelijk bewezen gedichten en illustraties’. Met de taal van de geneeskunde als onuitputtelijke bron.

Tekst: Bernard Leenstra/Ingrid Lutke Schipholt
Illustraties: Marc-Jan Janssen



Vaatchirurg



Appendix



Peer-review

Lege Artis: de leek zal hierbij toch vooral denken aan een Amsterdamse zoo zonder dieren. De medisch professional weet beter: die gebruikt het Latijnse lege artis (volgens de regelen der kunst) om aan te geven dat een ingreep of interventie gedaan wordt volgens de geldende medische standaard.

Veel ervaringen uit de wonderlijke wereld van de geneeskunde zijn in deze bundel op unieke wijze verwoord en geïllustreerd. Soms humoristisch. Soms tragisch. Vaak uitdagend.

Het boek werd samengesteld door twee creatieve medisch professionals. Marc-Jan Janssen is gynaecoloog en cartoonist, onder meer voor Operationeel en artsenweekblad Medisch Contact. De allesdoener Bernard Leenstra is onder meer ondernemer in de zorg, huisarts in opleiding, promovendus en initiatiefnemer van Prullenbakvaccin.nl. Hun samenwerking resulteerde in interessante prenten met een onverwachte invalshoek.

Voor iedereen met een (para)medisch beroep zal dit boek een feest der herkenning zijn, maar ook een aanzet tot denken, of googelen. De auteurs zeggen hierover: ‘De taal van de geneeskunde krijgen we cadeau dankzij ons werk. Het is een taal die menig niet-zorgverlener maar moeilijk verstaat.’ Als woorden de casus niet kunnen omschrijven, heeft Marc-Jan het getekend. Bernard Leenstra beschrijft zijn werk als ‘een reis rondom de wereld van de zorg’. Hij heeft de geneeskunde al mogen ervaren, voelen en proeven. Deze bundel is daarvan een eerste reisverslag. Als voorproefje van het boek publiceert Operationeel een aantal cartoons en gedichten.

Wondroos

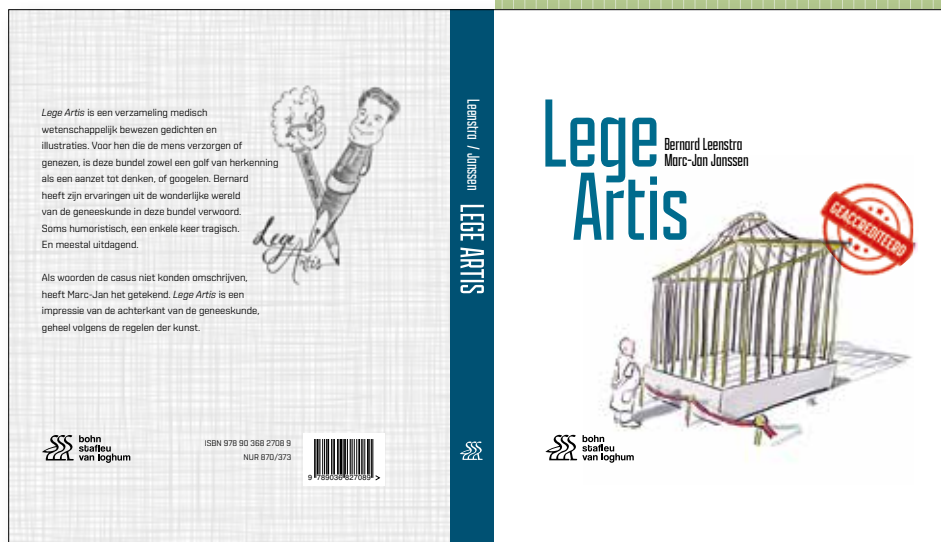
Aan de steel van mijn bestaan
schuin afgeknipt voor de groei
kwamen niet mijn rode blaadjes
maar juist de bacterie tot bloei

Verloting

Operationeel mag het boek *Lege Artis* verlo-
ten. Meedoen? Stuur een mail met je naam
en adres naar redactie@lvo.nl en vermeld in
de onderwerpregel: 'verloting *Lege Artis*'.

Uitgeloot?

Het boek *Lege Artis* is verkrijgbaar via
bsl.nl/shop.
Bernard Leenstra en Marc-Jan Janssen
Lege Artis
ISBN: 9789036827089
€ 14,95



Diabetes type 2

Een Bounty-eiland
ver gelegen
zat om suiker zo verlegen
haastig op zoek
ging zij bewegen
en kwam Langerhans
gelukkig tegen

Stille icterus

Geen steen
dit is geen steen
zo greep het geel
geruisloos
om zich heen
diepe zucht
zonder pijn
vond zijn gal
geen weg
geen steen
geen steen
dat was zijn pech



Bernard Leenstra



Marc-Jan Janssen

Hernia in nek of rug

Beknelde zenuw of ontsteking?

In Nederland komen jaarlijks 140.000 mensen bij de huisarts met nek- of rugpijn, al dan niet met uitstraling in de arm of het been. Als er uitstraling in arm of been is (radiculaire pijn), gaat die meestal vanzelf over. Mensen hebben enkele weken pijn, waarvoor ze pijnstillers slikken. In 75% van de gevallen zijn de klachten binnen drie maanden helemaal verdwenen. Soms echter blijven de klachten of zijn ze zo hevig dat er eerder actie wordt ondernomen. Een eerste stap is dan om te kijken waar die pijn vandaan komt. Is het (alleen) een beknelde zenuw?

Tekst: Eduard Verheijen, PhD-student TEIAS, Niek Djuric, PhD-student EIMICOR, Carmen Vleggeert-Lankamp, neurochirurg en hoofd onderzoeksafdeling Wervelkolom in het Leids Universitair Medisch Centrum, Universitair Neurochirurgisch Centrum Holland en Spaarne Gasthuis Haarlem/Hoofddorp
Illustratie: Shutterstock



Beknelling

Doorgaans is het idee dat hevige radiculare pijn (uitstralend in de arm of het been volgens het patroon van een zenuwwortel) veroorzaakt wordt door beknelling van een zenuw. Die beknelling komt dan vaak door een hernia van de tussenwervelschijf. Het opheffen van deze beknelling via een operatie zou dan de oplossing moeten zijn. Dit geeft bij 80 tot 90% van de patiënten inderdaad een bevredigend resultaat. Op de lange termijn daalt dit percentage naar ongeveer 70%. Dat betekent dus dat een operatie de pijn niet altijd wegneemt. Het maakt daarbij niets uit welk soort operatie wordt verricht. Meestal wordt een eenzijdige open minimale benadering gebruikt, maar ook kan een operatie door een buisje (minimaal invasief) of met een transforaminale benadering (PTED) worden gedaan. Meerdere trials laten zien dat de uitkomsten vergelijkbaar zijn.

Andersom komt ook voor: forse hernia's op een MRI die duidelijk op een zenuw drukken, zonder dat dit tot klachten leidt. De oorzaak van radiculare pijnklachten bij een hernia ligt dus wat complexer dan alleen die beknelling van de zenuw. Ook omdat bij de meeste patiënten de klachten binnen enkele maanden vanzelf over gaan, zijn artsen terughoudend om meteen te opereren.

Ontstekingscellen

Uit recent onderzoek is gebleken dat de pijnklachten ook deels verklaard kunnen worden door de aanwezigheid van ontstekingscellen. Bij een deel van de hernia's worden namelijk ontstekingscellen gezien. Deze hebben in de regel de eigenschap dat ze helpen bij het opruimen van de hernia, zodat deze kleiner wordt, de compressie afneemt en de pijnklachten verdwijnen. Er is echter ook waargenomen dat in sommige gevallen die ontstekingscellen andere eigenschappen hebben. Daardoor gaan ze zich anders gedragen en zorgen ze juist voor meer pijnklachten en een langzamer herstel. Deze nadelige ontstekingsreactie lijkt vaker voor te komen bij patiënten waar de dekplaat van de wervel beschadigd is. In sommige gevallen zit er dan ook nog een bacterie in de tussenwervelschijf die de ontstekingsreactie mogelijk verergert. De mate waarin die bacterie een rol speelt bij deze reactie is momenteel nog onduidelijk.

EIMICOR-studie

Nu we weten dat ontstekingen een rol kunnen spelen in het herstel, is de volgende stap om te achterhalen welke kenmerken patiënten hebben bij wie de gunstige (opruimende) ontstekingscellen een rol spelen, en welke kenmerken patiënten bij wie de ongunstige (pijnverergerende) ontstekingscellen een rol spelen. Dat is de vraag waar we op focussen in de EIMICOR-studie (Effect of Infection, Modic and Inflammation in Cincinal Outcomes in Radiculopathy). In deze studie bekijken we de kenmerken van de patiënten die we opereren aan een hernia, we bekijken hoe de MRI eruitziet en welk type ontstekingscellen in het weefsel aanwezig zijn. Patiënten die voor een eerste keer aan een hernia in lage rug of nek geopereerd worden, wordt gevraagd mee te doen. Bij de operatie nemen we het herniaweefsel uit, de operatieassistent verdeelt het over drie potjes (voor verschillende laboratoria) en we bekijken dit in het laboratorium. De patiënten vullen voor en na operatie online vragenlijsten in, waarin ze aangeven hoe het is met de pijn en hun functionaliteit. Zo hopen we meer te weten te komen over welke patiënt met welke kenmerken welk type reactie laat zien.

Operatie voorkomen

Een praktisch probleem van deze analyse is dat wanneer het tussenwervelschijfmateriaal bekeken kan worden, de operatie natuurlijk al geweest is. Dit terwijl die informatie er nou juist voor sommige patiënten voor zou kunnen zorgen dat er geen operatie meer nodig is. Daarom gaan we ook vlak voor de operatie bloed afnemen bij de patiënten. Door te onderzoeken of er in het bloed ook al tekenen te vinden zijn van het type ontsteking in de tussenwervelschijf, rond de hernia en rond de zenuwwortel, hopen we in de toekomst meer gepersonaliseerde zorg te kunnen bieden voor herniapatiënten. Immers, door voor de operatie al te weten of patiënten ontstekingscellen hebben die zorgen voor een sneller herstel, kunnen we deze patiëntengroep mogelijk een operatie besparen. Met de bloedanalyses hopen we er ook achter te komen welke patiënten juist de irriterende ontstekingscellen hebben. Die patiënten zou je bijvoorbeeld extra kunnen behandelen met ontstekingsremmers, om zo adequate pijnverlichting te geven en natuurlijk herstel op een draaglijke manier af te wachten. Daarmee zou je een deel van deze groep dus ook een operatie kunnen besparen.

‘Een deel van deze groep zou je een operatie kunnen besparen’

Wortelblokkade (TEIAS-studie)

De effectiviteit van zo'n ontstekingsremmende therapie wordt momenteel onderzocht in de TEIAS-studie (Transforaminale Epidurale Injectie in Acute Sciatica-studie). Deze studie focust op een minimaal invasieve behandeling in de acute fase van herniaklachten die deze pijnlijke ontstekingen tegengaat. Er worden twee behandelgroepen met elkaar vergeleken. Patiënten in de ene groep krijgen een wortelblokkadebehandeling waarbij dicht bij de aangedane zenuw een kleine hoeveelheid ontstekingsremmende medicatie wordt toegediend. Patiënten in de andere groep krijgen standaard orale pijnmedicatie van de huisarts, zoals nu

gebruikelijk is. De achterliggende gedachte is dat bij patiënten die de wortelblokkade ondergaan de ontsteking rondom de zenuwwortel wordt verminderd en dat deze daarmee tot rust komt, waardoor de pijn afneemt. Zo hopen we dat de patiënt natuurlijk herstel beter kan afwachten en een operatie kan worden voorkomen. Soms moet toch worden geopereerd, en dan wordt de patiënt volgens de EIMICOR-studie verder geanalyseerd. We houden dan natuurlijk wel in de gaten of deze patiënt wel of niet al een injectie heeft gehad.

Pijnpoli

Behandeling met een wortelblokkade bestaat al langer voor herniapatiënten, maar vindt vaak pas plaats na doorverwijzing door de neuroloog of neurochirurg als de patiënt al enkele maanden klachten heeft. Meestal loopt de patiënt al die tijd met veel pijn rond, wat het dagelijks functioneren sterk beïnvloedt. In de TEIAS-studie worden patiënten met herniaklachten vanuit de huisartsenpraktijk direct op de pijnpoli gezien. De huisarts kan patiënten al bij kort bestaande klachten doorverwijzen. Op die manier willen we in een vroeger stadium de zenuwontsteking kunnen behandelen en de pijn verlichten.

Kosteneffectiviteit

De studie heeft een pragmatische opzet: we onderzoeken mate van pijnverlichting, herstel van fysieke functionaliteit en patiënttevredenheid, maar maken ook een kosten-effectiviteitsanalyse om te bepalen of een eventueel voordeel van de wortelblokkadebehandeling opweegt tegen de kosten. Hierbij wordt onder andere gekeken naar ziekteverzuim en het gebruik van medische zorg en medicatie. Doordat patiënten door de huisarts worden aangemeld en, als ze in de wortelblokkadegroep zitten, binnen vier werkdagen behandeld worden, hopen we een adequate behandelstrategie op te kunnen zetten waarmee de patiënt snel verlichting van klachten ervaart.

De resultaten van de studie worden eind 2022 verwacht. Publicatie volgt waarschijnlijk in 2023.

Dinsdag 5 oktober 2021

Hand in hand

Educatieve dag voor
praktijkopleiders en studenten

Locatie:

MeetingDistrict
Blokhoeve 2A
3438 LC Nieuwegein

Informatie en inschrijven via de website:

www.lvo.nl

Kosten:

LVO leden: € 75,-
Niet-leden: €100,-

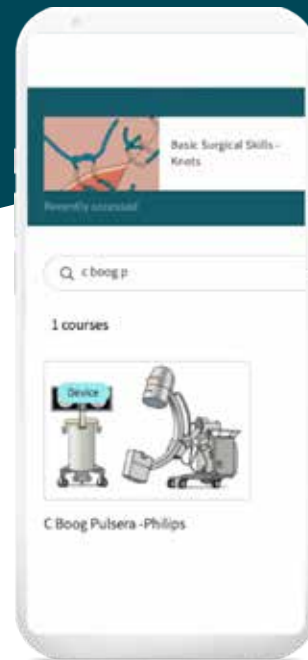
HET JUISTE INSTRUMENT VOOR JE TOEKOMST !

ONTWIKKEL JEZELF

MET 10 GRATIS MODULES

LEER OVER DE DA VINCI XI ROBOT

Ben jij een echte doener? Geen zin in 450 pagina's handleiding?
Dan is dit wat voor jou! Start direct één van de 500 modules op de Incision Academy en behaal je certificaat vandaag nog!



PAK DEZE KANS: 10 GRATIS MODULES NAAR KEUZE

GA NAAR [INCISION.CARE/NL/FREE-TRIAL](https://incision.care/nl/free-trial)

OF SCAN DE QR CODE



incision

Opleiding Gezondheid & Technologie

Operatieassistent én verpleegkundige in vier jaar



Ilse Mensink volgt de studieroute Gezondheid & Technologie om operatieassistent te worden.

Gezondheid & Technologie (G&T) is een studieroute binnen de hbo-opleiding tot verpleegkundige. Bij deze studieroute kunnen studenten aanvullend een OK-route volgen. Daarmee kunnen ze naast hun reguliere diploma hbo-v G&T ook een diploma tot operatieassistent of anesthesiemedewerker behalen. Ilse Mensink volgt deze opleiding Gezondheid & Technologie met de OK-route aan Hogeschool Saxion (Deventer/ Enschede). Ze vertelt over de opleiding en over de misvattingen die erover bestaan.

Leerjaar	1	2	3	4
Gezondheid & Technologie	<p>Theorie verpleegkunde: De student volgt verpleegkundecolleges.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gezondheid & Preventie - Professionalisering (samenwerken leren, morele oordeelsvorming en persoonlijke & beroepsvorming) - Verpleegkundige zorg (verpleegkundige zorgverlening, verpleegtechnische vaardigheden, klinisch redeneren en geneeskunde) - Technologie (natuurkunde en producttechnologie) - Communicatie, gedrag & samenwerking - Onderzoek & innovatie (onderzoek doen & toepassen) 	<p>Verpleegkundige stage (ook wel 'ouderenstage'): De student loopt stage in een zorginstelling, voert verpleegkundige handelingen uit en laat die aftekenen.</p> <p>De student loopt 3 dagen in de week stage en heeft 2 dagen colleges.</p> <p>Game: De studenten vormen in groepen (4 – 6 personen) een wijkteam. Ze krijgen opdrachten lijkend op situaties uit de praktijk.</p>	<p>Leven lang leren: De student doet een project waarbij hij/zij informatie verstrekt over een bepaald thema aan gediplomeerde (informele) zorgverleners.</p>	<p>Smart Solutions Semester: De student werkt aan een opdracht vanuit het bedrijfsleven (OK/ ziekenhuis). Eindresultaat is een verslag met aanbevelingen of de ontwikkeling van een product voor de praktijk. De student werkt hier eens in de 2 weken een dag aan met medestudenten, buiten het werk in het ziekenhuis.</p>
OKC-route	<p>Kennismaking met het beroep van operatieassistent. Studenten moeten door een eerste selectie.</p>	<p>OZT-lessen*:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Steriliteit - Anatomie & fysiologie - Medische terminologie - Hygiëne - Instrumentenleer - Het steriele veld - Diathermie - Katheterisatie - Drains (Redon & Thorax) - Hechtmateriaal - Hechttechnieken <p>Deze lessen starten in het tweede semester van het tweede leerjaar, als de studenten bezig zijn met de game.</p> <p>De student moet solliciteren bij de ziekenhuizen voor de functie operatieassistent in opleiding en kan worden aangenomen voor een werk- en leertraject in het tweede en derde leerjaar van de opleiding.</p>	<p>Lessen van medisch specialisten & OZT-lessen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Algemene chirurgie - Plastische chirurgie - Urologie - Gynaecologie - Orthopedie - KNO - Traumatologie - Oogchirurgie - Kaakchirurgie - Neurochirurgie <p>Deze lessen worden 1 dag in de 2 weken gegeven.</p> <p>Daarnaast werkt de student 4 dagen per week in een ziekenhuis, waarmee een leer-arbeidsovereenkomst is getekend.</p>	<p>Minor Operatieve zorg & technieken: Lessen van medisch specialisten & OZT-lessen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kinderchirurgie - Thoraxchirurgie - Hart- en vaatchirurgie - Longchirurgie - Bariatrische chirurgie - Oncologische chirurgie - Grote vaatchirurgie <p>Daarnaast ook simulatielessen.</p> <p>Deze lessen worden 1 dag in de 2 weken gegeven.</p> <p>Daarnaast blijft de student 4 dagen per week in het ziekenhuis werken.</p>

*OZT-lessen: Operatieve zorg en technieken, dit zijn lessen die gegeven worden door operatieassistenten. De studie-inhoud per jaar.

De gecombineerde opleiding tot operatieassistent en verpleegkundige duurt vier jaar, net als de reguliere hbo-v. Toch behaalt de student daadwerkelijk twee volwaardige diploma's: operatieassistent en verpleegkundige. Na afstuderen heeft de student voldoende kennis

van beide beroepen. De OK-route is een toevoeging aan de reguliere opleiding Gezondheid & Technologie. Dit betekent een extra studiebelasting van 280 uur per jaar. Er worden dus er geen studie-uren van de verpleegkundeopleiding ingenomen door deze route.

Overeenkomsten tussen OK en verpleegkunde

CanMEDS-competentiegebieden

Voor de opleidingen verpleegkunde en operatieassistent zijn CanMEDS-competentiegebieden ontwikkeld. Dit zijn competenties die studenten of afgestudeerde verpleegkundigen en operatieassistenten (moeten) bezitten of leren. We vinden veel overeenkomsten in de rollen bij deze twee beroepen (zie kader).

CanMEDS-rollen verpleegkunde G&T (Saxion, z.d.)	CanMEDS-rollen operatieassistent (LVO, 2012)
Professional	Professionaliseren
Zorgverlener	Vakinhoudelijk handelen
Gezondheidsbevorderaar	Professionaliseren
Communicator	Communiceren met de patiënt
Samenwerker	Samenwerken
Onderzoeker	Kennis ontwikkelen en wetenschappelijk handelen
Organisator	Organiseren en beheren
Technologisch innovator	Geen competentie

Overeenkomsten tussen de competentiegebieden van verpleegkundige en operatieassistent.

Klinisch redeneren

Als operatieassistent ben je, net als als verpleegkundige, dagelijks bezig met klinisch redeneren. Klinisch redeneren is de vaardigheid om eigen observaties en interpretaties te koppelen aan medische kennis (fysiologie, anatomie, pathologie, farmacologie) (Nursing, 2016). Bij het positioneren van een patiënt in steensnedeliggig bijvoorbeeld, houd je met meerdere aspecten rekening: de benen moeten in de beensteunen en het fibulakopje moet vrijliggen, zodat letsel aan de nervus peroneus voorkomen wordt. Daarmee gebruik je de 'verpleegkundige taak' gezondheidsbevordering & preventie ook als operatieassistent. Ook taken als het voorkomen van brandwonden, door te controleren of er geen huid tegen ijzer aan ligt, vallen onder klinisch redeneren en preventie. De stages van een student die de OK-route volgt kan dan ook worden aangemerkt als een verpleegkundige stage.



Studenten die de OK-route volgen, doen verplicht de minor Operatieve zorg en technieken.

Kwaliteitsregister

Verpleegkundigen en operatieassistenten kennen ieder hun eigen kwaliteitsregister. Studenten G&T die de OK-route volgen moeten voor beide registers een portfolio ontwikkelen en de daarbij horende opdrachten doen.

Voor het verpleegkundige gedeelte maakt de student zelf de vertaalslag van het werk op de OK naar de verpleegkundige praktijk. Bij het onderdeel motiverende gespreksvoering



Als operatieassistent ben je, net als als verpleegkundige, dagelijks bezig met klinisch redeneren.

bijvoorbeeld voert de reguliere student een gesprek met patiënten/ cliënten tijdens de stage; de student die de OK-route volgt, doet dit bijvoorbeeld met medestudenten of begeleiders vanuit het ziekenhuis.

Voor het OK-gedeelte van de opleiding ontwikkelt de student een apart portfolio met opdrachten als: specialismen voorbereiden (anatomie, terminologie, ingrepen en meest voorkomend specifiek instrumentarium), intervisies houden over situaties op de OK, e-learning's maken op Incision over verschillende ingrepen en een casuspresentatie, waarin een operatie tot in detail wordt onderzocht en gepresenteerd.

Minors

Hbo-studenten moeten tijdens hun opleiding 240 studiepunten halen. Daarvan kun je er 210 halen via toetsen (theorie en praktijk); de overige 30 punten kun je halen door een minor te volgen. Een minor is bedoeld om je als student te verdiepen in het beroep. Een paar voorbeelden van minors voor verpleegkunde zijn: acute zorg en palliatieve zorg. Studenten die de OK-route volgen, doen verplicht de minor Operatieve zorg en technieken. Via deze minor ontwikkel je kennis en vaardigheden m.b.t. specifieke soorten chirurgie: kinderchirurgie, thoraxchirurgie, hart- & vaatchirurgie, longchirurgie, bariatrische chirurgie, oncologische chirurgie en vaatchirurgie. Er wordt gewerkt met simulatie, samen met anesthesiemedewerkers in opleiding, om interprofessioneel samenwerken te ontwikkelen. Studenten sluiten af met een casustoets. Daarnaast moeten ze met een groep van 30 studenten een symposium organiseren en terugkomdagen organiseren.

Toetsing

De studenten Gezondheid & Technologie die de OK-route volgen, doen dezelfde tentamens als studenten van de reguliere route. Daarnaast doen ze tentamens over de lessen van de specialisten en operatieassistenten. Naast deze kennistoetsen zijn er producttoetsen: hierbij ontwikkelt de student producten, in de vorm van een verslag, een presentatie of een technologie. Verder moeten in de stages en tijdens het werken op de operatiekamer performance assessments uitgevoerd worden. Daarbij worden handelingen en vaardigheden getoetst, zoals omlopen, instrumenteren en assisteren (laag-, midden- en hoogcomplex).

Werken en leren

Studenten die de OK-route volgen, doen een extra tijdsinvestering, omdat ze werken op de OK en daarnaast studeren. Daarentegen krijgen zij een inkomen voor hun werk als operatieassistent in opleiding. Ze hoeven dus geen bijbaan naast hun opleiding te nemen, iets wat vaak wel geldt voor studenten G&T die de reguliere route volgen.

Covid-19

Het afgelopen jaar was bijzonder door Covid-19. Operatieassistenten gingen regelmatig als buddy naar de Covid-afdelingen om het verpleegkundig personeel te ondersteunen. De reguliere zorg was immers afgeschaald en er werden minder ingrepen uitgevoerd op de operatiekamers. Hier bleek de meerwaarde van de 'dubbele opleiding' van (afgestudeerde) studenten Gezondheid & Technologie; zij konden eenvoudiger inspringen bij de verpleegkundige zorg.

Visie op de opleiding

In het dagelijks leven én op de werkvloer hoor ik vaak twijfels en aannames over de studieroute Gezondheid & Technologie met OK-route. Dit artikel maakt duidelijk dat die twijfels niet nodig zijn. De studie-inhoud, de overeenkomsten, de opdrachten, de minors, de toetsing, het werken tijdens de opleiding: ze zorgen ervoor dat je na afronding van dit traject daadwerkelijk (basis)verpleegkundige en operatieassistent bent. Natuurlijk ben je na het behalen van het diploma een beginnend beroepsbeoefenaar en nog geen allround verpleegkundige of OK-assistent. Zorginstellingen kennen dan ook vaak een inwerktraject of een traineeship om de afgestudeerde verpleegkundige zich te laten oriënteren op verschillende specialismen. Afsluitend vind ik dat ik qua kennis en handelen niet achterloop op mijn medestudenten die de reguliere route volgen.



In de opleiding wordt ook gewerkt met simulatie, samen met anesthesie-medewerkers in opleiding, om interprofessioneel samenwerken te ontwikkelen.

Literatuur

- LVO (2012). Beroepsprofiel van de operatieassistent 2012. Geraadpleegd op 5 juni 2021, via lvo.nl
- Nursing (17 juni 2016). Wat is klinisch redeneren? Geraadpleegd 7 juni 2021, via tinyurl.com/5zuxtxxc
- Spaarne Gasthuis (z.d.). Trainee Traject Verpleegkunde. Geraadpleegd 12 juni 2021, via tinyurl.com/upyjcp53
- Wat zijn bachelor, master en associate degree in het hoger onderwijs? Geraadpleegd op 26 april 2021, via tinyurl.com/3tutxxr2

Pupilreflex ontmaskert niet-zichtbare aandoening

Een afwijkende pupilreflex kan wijzen op een verstoring in de hersenen of de oogzenuw, maar ook op een neurologische aandoening. In al zijn eenvoud is het testen van de pupilreactie dan ook bijzonder waardevol.

Tekst: Scope

Illustratie: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde/Maartje Kunen, bewerking Richard Wouters

Beoordeel de pupilreflex in vijf stappen

1. Kijk eerst zonder lichtbron naar de pupil, zijn symmetrie en ronding. Is er sprake van ptosis (hangend bovenooglid), protopsis (uitpuiling van het oog, soms door gezwellen) of roodheid van het oog? Gezonde pupillen zijn even groot, ca. 5 mm. Protopsis kan ontstaan door schildklierproblemen en de ziekte van Graves.
2. Gebruik de penlight, ophthalmoscoop of lichtbron in de oogspiegel. Per oog enkele malen kort beschijnen. Wat doet de pupil? Bij een gezond oog treedt een vlotte lichtreactie op en vernauwt de pupil (myosis). Wordt de lichtbron weggehaald, dan verwijdt de pupil in een verduisterde kamer (mydriasis).
3. Indirecte pupilreflex: het oog waarin je niet schijnt dient ook te reageren op licht. Bekijk wat er gebeurt als je je hand tussen beide ogen zet bij het beschijnen van één oog. Vernauwen beide pupillen bij convergeren? Dan is de accommodatiereflex intact.
4. Swinging flashlight: beschijn alternerend de pupil van beide ogen drie seconden. Als er een relatief afferent pupileffect optreedt, is er sprake van een afwijking.
5. Beoordeel de accommodatiereflex. Laat de patiënt naar het puntje van je vinger kijken terwijl je die dicht bij de neus houdt.

De pupilreactietest is een goedkoop en effectief diagnosticum, mits zorgvuldig uitgevoerd en geïnterpreteerd. In principe kan de arts een zaklamp gebruiken om de ogen te beschijnen. In de regel werkt een penlight beter, en zeker de ophthalmoscoop, omdat de lichtbundels daarvan niet verstrooien. Zoals bekend komt het licht terecht op het netvlies, dat een elektrisch signaal via de oogzenuw naar de hersenen stuurt. Van daaruit wordt het signaal teruggestuurd naar de kringpieren in de iris. Die vernauwt de pupil, afhankelijk van de hoeveelheid licht, precies zoals het diafragma in een fotocamera (fig. 2a). Vernauwt de pupil niet of te langzaam, of convergeren beide ogen niet tegelijk, dan kan er sprake zijn van een verstoring in de hersenstam, de oogzenuw of andere hersenzenuwen die de oogspieren aansturen, of is er mogelijk iets anders aan de hand.

Indirecte pupilreflex

Is er een probleem in de hersenen, bijvoorbeeld na trauma, dan zijn de reacties van beide pupillen verschillend of is er helemaal geen reactie. Er kan schade aan de hersenstam zijn opgetreden. Als de functie van de ene oogzenuw volledig uitvalt, treedt er aan geen van beide ogen een pupilreflex op. De elektrische puls die door lichtinval naar de hersenen zou worden gestuurd, kan daar dan niet komen. De indirecte pupilreflex, die van het oog waar niet in wordt geschoten, treedt dan ook niet op (fig. 1). De pupilreactietest wijst op *afferente* (fig. 2b) en *efferente* (fig. 2c) problemen. Afferente problemen zijn aandoeningen aan de oogbol, retina of oogzenuw, terwijl efferente problemen te maken hebben met de kringpieren van de pupil of de oogbewegingszenuw. De pupil vernauwt door licht, accommodatie en parasymphatische activiteit, terwijl de pupil verwijdt door sympathische activiteit.

Vijf patronen

Een klinische les, geschreven door oogartsen en neurologen van het Amsterdam UMC (zie kader), onderscheidt vijf patronen van pupilreacties. Deze patronen zijn getoetst aan drie fictieve patiënten. Eén patiënt heeft een relatief afferent pupildefect door een oogzenuwontsteking, de tweede een absoluut afferent defect door een eerdere vaatafsluiting. De derde heeft een niet organisch verklaarbare visusdaling.



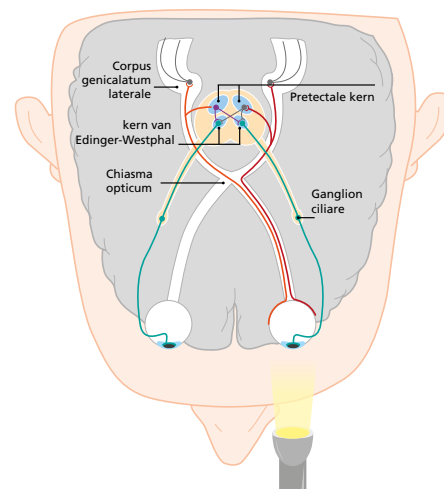
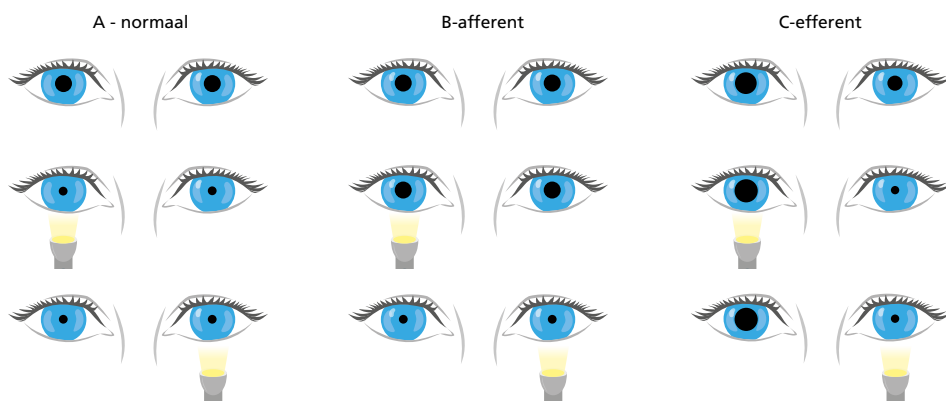
Annabel Groot volgde haar opleiding tot oogarts aan het Amsterdam UMC en is sinds november oogarts in het Radboudumc met als aandachtsgebied neuroophthalmologie en strabismus.

'De pupil reageert soms anders dan je theoretische kennis je vertelt'

Annabel Groot is een van de auteurs van het artikel *De pupil belicht - Klinische aspecten van de afwijkende pupilreactie**. Haar coauteurs waren onder andere de neurologen Axel Petzold en Vincent Odekerken. 'Afwijkende pupilreacties hebben vaak een neurologische achtergrond', zegt Groot. 'Hoe de pupil reageert op lichtprikkels zegt iets over het functioneren van de zenuwbanen en de hersenen. Sommige spierziekten leiden tot oogbewegingsstoornissen, bij MS is er vaak sprake van een oogzenuwontsteking. Kun je als oogarts een pupilreactie niet verklaren, dan kun je de neuroloog om advies vragen. Zo heb ik eens een man gezien die een grote, lichtstijve pupil en een ptosis had. Ik dacht toen aan het syndroom van Horner, en ik heb hem naar de neuroloog gestuurd. Uiteindelijk bleek na beeldvorming dat er een tumor in de longtop zat. Zo leidt een diagnose door de oogarts ineens tot een heel ander behandelplan, want hij kwam eigenlijk omdat hij een ooglidcorrectie wilde.' Volgens Groot wordt iedere arts geleerd om pupilreacties te testen, maar is de praktijk anders dan wat er in de boeken staat. 'Laten we eerlijk zijn: als je iets ziet wat afwijkt van de norm, dan vraag je jezelf al gauw af of die aberratie een verklaarbare reden heeft en dus 'normaal' is, of dat je toch te maken hebt met een risico-indicator. Dan is het prettig om patronen en procedures op een rijtje te hebben. Daarom hebben we dit educatieve artikel geschreven. Ik hoop dat artsen beter leren begrijpen hoe ze pupilreacties moeten duiden.'

*Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 16-3-2020.

Dit artikel is eerder verschenen in het oogheekundige tijdschrift Scope.



Patiënt met intact bewustzijn

- Patroon 1: De pupillen zijn in rust asymmetrisch. De asymmetrie is groter in een donkere omgeving. Er is een goede lichtreactie in beide pupillen.
- Patroon 2: De pupillen zijn in rust asymmetrisch. De asymmetrie is groter in een verlichte omgeving. De kleine pupil reageert op licht, de grote pupil reageert niet op licht.
- Patroon 3: De pupillen zijn beiderzijds klein en reageren beide niet op licht.
- Patroon 4: Pupillen zijn in rust even groot, maar beide pupillen reageren niet op licht in het linkeroog. Bij schijnen in het rechteroog is de directe en indirecte pupilreactie intact.
- Patroon 5: Pupillen zijn in rust even groot. Beide pupillen reageren direct en indirect op lichtaanbod, bij de swinging-flashlighttest wordt de linkerpupil groter tijdens schijnen in het linkeroog.

Patiënt met verlaagd bewustzijn (in acute stadia)

- Patroon 1: Beide pupillen zijn symmetrisch en reageren op licht.
- Patroon 2: De pupillen zijn in rust asymmetrisch. Er is sprake van een lichtstijve, wijde pupil aan een kant, de kleine pupil reageert op licht.
- Patroon 3: Beide pupillen zijn symmetrisch en reageren allebei niet op licht.



SAMEN OP EEN LIJN VOOR KWALITEIT

LANDELIJKE KWALITEITSDAG OK
12 OKTOBER 2021

LOCATIE:

MEETING DISTRICT NIEUWEGEIN

PRIJS:

INSCHRIJVING € 120

REGISTRATIE:

WWW.LVO.NL

NVAM
nederlandse vereniging van
anesthesiemedewerkers

LVO
landelijke vereniging van operatieassistenten

SVN[®]
STERILISATIE VERENIGING NEDERLAND

BRV
Beroepsvereniging Recovery Verpleegkundigen

Kwaliteit OK

**12 oktober
2021**

TRAUMADAGEN 21

OPEN UP!



HUMERUS
SYNDESMOSE
TO CUT OR NOT TO CUT
DUURZAAMHEID
APPROACHES
FAST TRACK

SAVE THE DATE!



4 & 5 NOVEMBER 2021



DEADLINE INZENDING VRIJE VOORDRACHTEN EN/OF POSTERS: 15 JUNI 2021

De Call for Papers zal op 30 april aanstaande open gaan



RAI Amsterdam



TOPICS

- OPEN UP Trauma Care
- OPEN UP Fracture Management
- OPEN UP The Patient
- OPEN UP The Future
- OPEN UP The Best of the Best

DE CONGRESKOMMISSIE heeft ook dit jaar weer een raamwerk gecreëerd om de twee Traumadagen tot een succes te maken. Interessante battles, gelegenheid voor vrije voordrachten en (inter)nationaal gerenommeerde keynote-sprekers zullen deze twee dagen onvergetelijk maken!

EXTRA EVENTS

- ONTBIJT SESSIES
- TOP KNIFE SESSIE & BASIC SCIENCE

SPONSOREN

Diamond Sponsor:

DePuy Synthes
Stryker Nederland

Silver Sponsor:

Pro-Motion Medical
Mathys Orthopaedics

WETENSCHAPPELIJKE PARTNERS:



GEORGANISEERD DOOR:

Stichting Traumatologie Nederland
T +31 (0)343 51 18 51 – secretariaat@trauma.nl – www.trauma.nl

MEER INFORMATIE:

WWW.TRAUMA.NL

Ingrijpen in de baarmoeder vergroot overlevingskansen baby met gat in middenrif

Wordt bij een foetus een hernia diafragmatica gevonden op de twintigwekenecho? Dan is het soms beter om in te grijpen tijdens de zwangerschap dan te wachten tot na de geboorte. Dat blijkt uit internationaal onderzoek, waaraan artsen van het Erasmus MC Sophia meewerkten.



De wetenschappers van de zogeheten TOTAL-trial vergeleken twee groepen van veertig kinderen met een ernstige vorm van een hernia diafragmatica. Bij de ene groep werd ingegrepen tijdens de zwangerschap, terwijl bij de andere groep werd gewacht tot na de geboorte. Een operatie tijdens de zwangerschap bleek de overlevingskansen van de baby te vergroten van 15 naar 40 procent, schrijven de onderzoekers in het wetenschappelijk tijdschrift *New England Journal of Medicine*.¹

Bij kinderen met een hernia diafragmatica drukken buikorganen, zoals maag en darmen, door een gat in het middenrif tegen de longen. Daardoor kunnen de longen zich niet goed ontwikkelen. Tijdens de operatie wordt een ballonnetje geplaatst in de trachea

van de foetus. Het ballonnetje zorgt ervoor dat longvocht ophoopt in de longen van het kind. Dit geeft een verhoogde druk in de longen, en dat is een stimulans voor de longen om te groeien.

Het ballonnetje wordt door middel van een scopie geplaatst tussen 27 en 30 weken zwangerschap en na 4 tot 6 weken weer verwijderd. Na geboorte moet de baby een operatie ondergaan om de hernia diafragmatica te sluiten.

Gynaecoloog-perinatoloog Philip DeKoninck werkte vanuit het Erasmus MC Sophia mee met de studie en is verheugd over het resultaat. Hij zegt hierover op Amazingerasmusmc.nl: 'Voor kinderen met een ernstige hernia diafragmatica is dit een belangrijke stap in het verbeteren

van uitkomsten na de geboorte. Het behandeltraject bij deze kinderen begint nu al tijdens de zwangerschap en is dus een aanvulling op de intensieve behandeling die na de geboorte nodig is.'

Tijdens de TOTAL-trial werden zwangere vrouwen voor de operatie doorverwezen naar Leuven in België. Op basis van de positieve studieresultaten gaat het Moeder en Kind Centrum van het Erasmus MC Sophia de behandeling tijdens de zwangerschap ook aanbieden aan vrouwen in Nederland. Per jaar worden in Nederland slechts ongeveer vijftig kinderen met een hernia diafragmatica geboren. Voor aanstaande ouders is het daarom belangrijk om doorverwezen te worden naar een expertisecentrum voor hernia diafragmatica, zoals het Erasmus MC Sophia en het Radboudumc in Nijmegen. 'Behandeling tijdens de zwangerschap brengt ook risico's met zich mee, zoals vroeggeboorte of het breken van de vliezen. Goede voorlichting over deze aandoening en wat dit precies betekent voor het kind na de geboorte is uitermate belangrijk', aldus DeKoninck.

1 N Engl J Med 2021; 385:107-118.

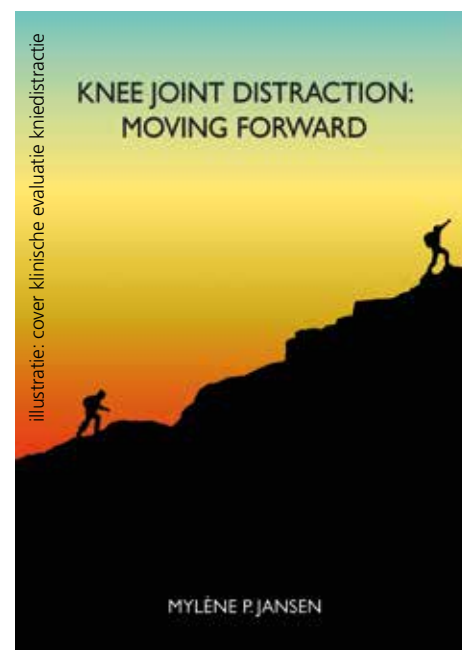
Klinische evaluatie van kniedistractie stap voorwaarts

Er is meer inzicht gekomen in de behandeling van relatief jonge patiënten met ernstige knieartrose en de werkingsmechanismen achter de kniedistractie. Dat schrijft Mylène Jansen in haar proefschrift *Knee joint distraction: moving forward*, waarmee ze in juni promoveerde aan de Universiteit Utrecht.

Kniedistractie kan zorgen voor langdurend klinisch profijt en kraakbeenregeneratie. Bovendien maakt het een meer patiëntvriendelijke implementatie in de reguliere zorg mogelijk. De behandeling zorgt voor een hermodellering, waarbij het hele gewricht betrokken is. Veranderingen in bot, kraakbeen en synoviaal vocht worden gevolgd door algeheel herstel van het gewricht.

Vervolgstudies zouden moeten focussen op een verdieping van het begrip van de

mechanismen die door kniedistractie worden geïnduceerd, enerzijds om de selectie van patiënten voor deze behandeling te verbeteren en anderzijds om met deze kennis nieuwe behandeltechnieken te ontwikkelen. Deze unieke populatie, die een sterke structurele en klinische respons laat zien, kan worden gebruikt om het begrip van verschillende karakteristieken en herstelprocessen bij artrose te begrijpen en te gebruiken voor verbetering van behandeling. Het zou tevens kunnen bijdragen aan een beter inzicht in verschillende groepen artrosepatiënten, waardoor er in de toekomst een betere patiëntselectie gemaakt zou kunnen worden voor diverse behandelingen en klinische studies beter ontworpen zouden kunnen worden gericht op de juiste behandeling voor de juiste patiëntengroep. Uiteraard vergt ook dit eerst weer nieuwe stappen voorwaarts.



Topsport in de operatiekamer



Foto: Ivonne Zijp

Net als in de topsport wordt de lat in de gezondheidszorg steeds hoger gelegd. De bewegingen van sporters worden tot in detail bestudeerd om ze steeds beter te laten worden. LUMC-onderzoekers gebruiken zulke bewegingsanalyses nu ook voor chirurgen. Zo willen ze erachter komen welke operatietechnieken van meerwaarde zijn voor de patiëntenzorg.

‘Om steeds complexere operaties uit te voeren, vertrouwen chirurgen steeds meer op geavanceerde instrumenten, zoals de chirurgische robot’, vertelt hoogleraar Moleculaire Beeldvorming Fijns van Leeuwen aan LUMC Magazine. ‘Ook gebruiken chirurgen beeldgeleide technieken. Hierdoor kan de chirurg tijdens een operatie makkelijk “navigeren” naar ziek weefsel, zoals een tumor. Deze zieke weefsels bevatten specifieke moleculen die opgespoord kunnen worden met een detector.’

Technisch gezien is er nog veel meer mogelijk in de chirurgie, maar waar heeft de patiëntenzorg nou het meeste baat

bij? Onderzoekers van de afdelingen Radiologie, Heelkunde en Ontwikkeling Instrumentele Zaken publiceerden hun bevindingen in de *European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging*.¹

Chirurgie als topsport

‘We kunnen vaak aantonen dat een nieuwe chirurgische techniek potentie heeft, maar aantonen dat de techniek de zorg daadwerkelijk verbetert, blijkt een uitdaging en duurt vaak jaren’, vertelt Van Leeuwen. ‘Daarnaast werkt elke chirurg net iets anders en ook het ruimtelijk inzicht verschilt per chirurg. Dit kan invloed hebben op het succes van een techniek’, vult Jos van der Hage, hoogleraar chirurgische opleiding, aan. De onderzoekers hebben daarom voor het eerst bewegingsanalyse gebruikt in combinatie met beeldgeleide chirurgie. Van Leeuwen legt uit: ‘In de topsport is het tegenwoordig standaard dat de bewegingen van atleten tot in detail geanalyseerd worden. Ze doen dit om te kijken welke technologieën voor de meest efficiënte techniek zorgen, denk aan de klapschaats. Maar ze kijken ook

hoe atleten zo efficiënt mogelijk kunnen bewegen om bijvoorbeeld net een paar seconden sneller te zijn.’ Jerry van der Ploeg, hoofd Ontwikkeling Instrumentele Zaken, vult aan: ‘Deze concepten kunnen we gebruiken om de impact van de door het LUMC geproduceerde prototypes te evalueren.’

Betere besluitvorming

In samenwerking met het chirurgisch trainingscentrum Orsi Academy hebben de onderzoekers chirurgen geanalyseerd tijdens experimenten. Zo wilden ze achterhalen welke meerwaarde beeldgeleide chirurgie heeft tijdens een operatie waarbij een chirurgische robot wordt gebruikt. ‘Uit onze experimenten blijkt dat beeldgeleide chirurgietechnieken een positief effect hebben op de besluitvorming van de chirurg. Dat betekent dat we nu meten dat de technieken daadwerkelijk de chirurg naar een voor het oog onzichtbaar doel kunnen sturen. De integratie van detectoren met chirurgische instrumenten maakt vervolgens de handelingen van de chirurg efficiënter. Hiermee bedoelen we dat de chirurg met minder handelingen zijn of haar taak kan volbrengen.’

Naast de huidige studie worden deze concepten op dit moment ingezet bij de analyse van verschillende beeldgeleide interventietechnieken en voor het opzetten van chirurgische trainingsprogramma's. Van der Hage: ‘Zo draagt ons onderzoek niet alleen bij aan het verbeteren van de chirurgische zorg, maar speelt het ook een belangrijke rol in het opleiden van nieuwe generaties chirurgen.’

1 Azargoshab, S., van Alphen, S., Slof, L.J. et al. The Click-On gamma probe, a second-generation tethered robotic gamma probe that improves dexterity and surgical decision-making. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* (2021). <https://doi.org/10.1007/s00259-021-05387-z>. [fotocredit] Ivonne Zijp

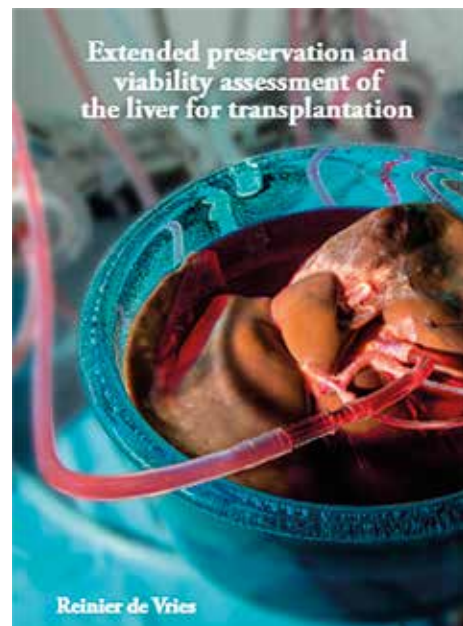
Op weg naar meer succesvolle levertransplantaties

Levertransplantatie is de enige optie voor patiënten met leverfalen in het eindstadium. Het tekort aan geschikte donorlevers beperkt het succes. De hoofdoorzaak is dat het moeilijk is om dit orgaan buiten het lichaam 'goed' te houden. Hierdoor zijn er weinig donorlevers beschikbaar.

Dit schrijft Reinier de Vries, die in april jl. met een onderzoek naar transplantatie promoveerde aan Amsterdam UMC/Umc. Hij wil met zijn onderzoek de kans op een succesvolle transplantatie vergroten en zo het aantal sterfgevallen door het tekort aan organen verminderen. De Vries

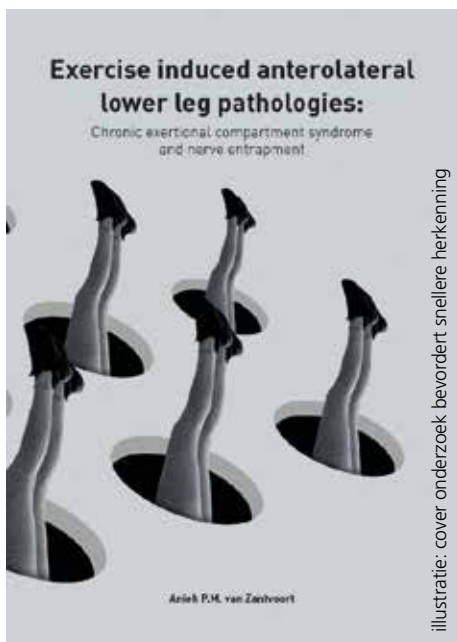
heeft een methode ontwikkeld waarmee de lever – onder het vriespunt – buiten het lichaam kan worden bewaard. Ook presenteert hij een nieuwe methode van machinale perfusie (het doorbloeden van de lever buiten het lichaam met een machine) waarmee de lever langer goed blijft.

De resultaten van deze studies (onder meer in proefdieren) zijn zo gunstig dat De Vries voorstelt deze innovaties nu al in de kliniek toe te passen om zo het aantal sterfgevallen door een tekort aan donorlevers te verminderen.



Het behandelteam bij endometriose bestaat doorgaans minimaal uit een gynaecoloog, radioloog, colorectaal chirurg en uroloog. Zie ook het artikel Bloedend leed bestrijden op pagina 10.

Onderzoek bevordert snellere herkenning van inspanningsafhankelijke pijnsyndromen van het onderbeen



illustratie: cover onderzoek bevordert snellere herkenning

Hoe kunnen inspanningsafhankelijke pijnsyndromen van het onderbeen sneller herkend en behandeld worden? Aniek van Zantvoort deed hier onderzoek naar en op basis daarvan ontwikkelde ze een voorspellingsmodel dat helpt bij het stellen van een diagnose.

Met haar promotieonderzoek in Máxima MC (MMC) richtte Van Zantvoort zich op de diagnostisering van het chronisch compartimentsyndroom (CECS). Ze promoveerde in juli aan de Universiteit Maastricht met haar dissertatie *Exercise induced anterolateral lower leg pathologies: Chronic exertional compartment syndrome and nerve entrapment*.

Er bestaan verschillende soorten inspanningsafhankelijke pijnsyndromen van het onderbeen. Van Zantvoort onderzocht twee soorten: het chronisch compartimentsyndroom en de zenuwbeklemming. 'Er is nog weinig bekend over onderbeenpijnsyndromen, en de klachten kunnen veel verschillende oorzaken hebben', aldus Van Zantvoort. 'Dat maakt het lastig om te achterhalen hoe patiënten het beste te behandelen zijn. Soms worden deze aandoeningen laat of zelfs helemaal niet herkend, of verkeerd behandeld.'

Topsporters en militairen

'Het idee was dat inspanningsafhankelijke pijnsyndromen van het onderbeen met name worden gezien bij (top)sporters en militairen. Zij ervaren onder andere pijn, een gespannen gevoel en/of tintelingen in het onderbeen. Dit zorgt er regelmatig voor dat ze moeten stoppen met werk of sport. Dit onderzoek laat echter zien dat ook mensen die geen topsporter of militair zijn veel last kunnen hebben van de onderbenen.'

Van Zantvoort bracht structureel alle klachten bij het chronisch compartimentsyndroom in kaart en deed onderzoek naar de operatieve behandeling ervan. In haar promotieonderzoek richtte ze zich specifiek op het chronisch compartimentsyndroom aan de zijkant van het onderbeen. Ze vond onder andere dat het jonge, actieve mensen treft – wat ook geldt voor CECS op andere plekken in het onderbeen, zoals de voorkant. 'Een nieuwe bevinding is dat er altijd van uit werd gegaan dat mensen alleen last hadden tijdens inspanning. Dat blijkt niet zo te zijn; ook in rust en in de nacht ervaren mensen klachten. Voor zorgverleners is het dus belangrijk dat zij het chronisch compartimentsyndroom van het onderbeen niet uitsluiten wanneer patiënten ook klachten ervaren in rust of in de nacht.'

Snelle herkenning

Met haar onderzoek hoopt Van Zantvoort dat deze aandoeningen sneller herkend worden en dat mensen uiteindelijk sneller geholpen kunnen worden. 'In het kader hiervan ontwikkelden we een voorspellingsmodel dat artsen kan helpen bij het stellen van de diagnose. We maakten dit model door de risicofactoren van het syndroom in kaart te brengen en deze in een scoresysteem om te zetten. Het aantal punten dat de patiënt scoort, kan vertaald worden in een percentage dat aangeeft hoe groot de kans is dat iemand met pijnklachten wel of niet een chronisch compartimentsyndroom heeft.' Ook voor zenuwbeklemmingen aan de zijkant van het onderbeen bracht Van Zantvoort de bijbehorende klachten en behandeling in kaart. 'Dit is een nog lastiger te herkennen aandoening. We concludeerden onder meer dat het belangrijk is om bij elke vorm van onderbeenpijn te onderzoeken of de zenuw

er misschien bij betrokken is. Bij scans komt dit er vaak niet uit, maar dat betekent niet dat er geen zenuwprobleem is. We adviseren zorgverleners ook altijd om het gevoel van het onderbeen te checken met simpele testjes, zoals door het over de huid strijken met een wattenstaafje of alcoholgaasje, zodat deze specifieke aandoening niet over het hoofd wordt gezien.'

Landelijke richtlijn

Copromotor chirurg Marc Scheltinga is trots op het onderzoek van zijn promovenda. 'We worden dagelijks geconfronteerd met patiënten uit het hele land, die vaak een jarenlang traject van onderzoek en behandeling hebben ondergaan, veelal zonder succes. Mede door dit onderzoek denken we deze lange en kronkelige weg te kunnen verkorten.' Resultaten van dit onderzoek worden meegenomen in de nieuwe landelijke richtlijn *Inspanningsafhankelijke pijnsyndromen van het onderbeen die in 2022 wordt verwacht*.



Gezocht: auteurs voor het themanummer darmkanker

Voor het themanummer over darmkanker dat eind dit jaar uit komt, zijn wij op zoek naar auteurs. Bent u operatieassistent, chirurg, anesthesioloog, oncoloog, radioloog, verpleegkundig specialist, verpleegkundige (enz.) en wilt u hierover schrijven? Meld u dan nu bij ons aan. We zijn ook geïnteresseerd in ervaringsverhalen van patiënten. Helaas is er geen budget voor een vergoeding. Het mogen ook artikelen zijn die al eerder elders gepubliceerd zijn.

Reacties mogen naar: redactie@lvo.nl.

Bijdragen aan duurzame zorg?

Start een Green Team!



Duurzame zorg wordt een steeds populairder onderwerp in Nederland. En terecht, want er is zo veel winst 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, oprichter van MINT zorgadvies (mintzorgadvies.nl) en Green Care Academy (greencareacademy.nl)
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 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.

Een voorbeeld: afval recycleren in het OK-complex

Een mooi voorbeeld van een project voor een Green Team, was het afvalrecycle-project op het OK-complex van het UMC Utrecht. Een erg geschikt project om als operatieassistent 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.

Osteosynthese is de operatieve repositie en fixatie van beenderen bij fracturen of pseudartrose met behulp van metalen plaatjes, draden, schroeven, stiften, botpennen of -repen en dergelijke. Het is een samenstelling van het Griekse osteo, dat bot betekent en synthese dat vorming tot een geheel betekent.

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 recycleren. Voor het recycleren van disposable en reusable instrumentarium moet je naar gespecialiseerde bedrijven, maar met het recycleren 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 is het derde artikel in de serie over verduurzaming van de OK. De LVO maakt zich sterk voor een groene werkplek. Sinds vorig najaar is de LVO onderdeel van het Landelijk Netwerk Groene OK. Deze zet zich actief in voor het verduurzamen van de zorgprocessen op de OK.





Handboek Forensische Geneeskunde

Auteur: **Wilma Duijst, Udo Reijnders, Guido Reijnen & Lianne Dijkhuizen (red.)**
 Uitgeverij: **Gompel & Svacina**
 ISBN: **9789463712712**
 Prijs: **€ 168,00**

Het Handboek Forensische Geneeskunde biedt forensisch artsen en iedereen die met deze artsen samenwerkt een overzicht van de huidige stand van zaken in Nederland. Het gaat in op de situaties zoals die voorkomen in de praktijk van de Nederlandse forensisch arts. Het bestrijkt alle aspecten van de forensische geneeskunde, van lijkschouw tot forensisch medisch onderzoek en arrestantenzorg. Daarmee is het ook het leerboek bij uitstek voor (forensisch) artsen in opleiding. De Nederlandse juridische context en het bredere mensenrechtelijke kader worden nauwkeurig beschreven. Het geheel is ruim geïllustreerd met originele, verduidelijkende tekeningen en praktijkfoto's. Wat moet er gebeuren bij de vondst van een lijk onder aan de trap? Kan een bloedproef worden uitgevoerd bij een comateuze patiënt? En wat kunnen forensische radiologie en een sectie toevoegen aan de lijkschouw? Antwoorden op deze en gelijkaardige vragen staan in dit boek. Ruim vijftig auteurs uit heel Nederland brengen in dit handboek hun expertise samen op het vlak van de forensische geneeskunde, spoedeisende hulp, het recht, de opsporing, toxicologie, radiologie en pathologie.



Bevrijd van pijn

Auteur: **Louis Zantema**
 Uitgeverij: **Lucht**
 ISBN: **9789492798916**
 Prijs: **€ 21,99**

Als je pijn hebt, wil je er het liefst zo snel mogelijk weer vanaf. Voor de pakweg drie miljoen mensen in Nederland met chronische pijn, lukt dat maanden- en soms zelfs jarenlang niet. Voor al deze mensen en hun behandelaars biedt dit doeboek een methode om te helpen bij dit probleem. De methode bestaat uit zes onderdelen: kennis over pijn, het trainen van je gedrag, je gevoel, je denken, je aandacht en je pijnbuffer. Wanneer je jezelf in al deze onderdelen serieus traint (door regelmatig verschillende oefeningen te doen), krijgt de pijn steeds minder kans. Je leert strategieën en technieken waarmee je de pijn zelf kunt beïnvloeden en verminderen, waardoor je beter in je vel komt te zitten. De auteur, Louis Zantema, is een expert op het gebied van psychologie en pijn. Hij heeft een master in klinische psychologie van de Rijksuniversiteit Groningen en werkt daarnaast als gz-psycholoog.



Een shotje leefstijl

Auteur: **Jacqui van Kemenade**
 Uitgeverij: **Scriptum**
 ISBN: **9789463192330**
 Prijs: **€ 17,95**

Is een vaccin de enige manier om onze weerbaarheid te vergroten? Natuurlijk niet, je leefstijl doet wonderen voor je gezondheid. De meeste mensen zijn er op hun eigen manier mee bezig. Leefstijl is een populair onderwerp, maar wat behelst het nu eigenlijk? Moeten we alleen meer bewegen en minder eten? Zeker niet. Huisarts Jacqui van Kemenade ziet haar patiënten daar niet blijvend van afvallen. Haar doel met dit boek is dat je kunt begrijpen waarom je bent wie je bent en weegt wat je weegt. Waarom is overgewicht niet 'je eigen schuld'? Bij sommige mensen blijven calorieën simpelweg makkelijker plakken dan bij anderen. Hoe komt dat, en wat bepaalt eetlust en gewicht? Dit boek gaat in op de relatie tussen wat je eet en je gewicht, de gezonde bacteriën in je darm en je weerbaarheid. Bewegen, gewicht en eetlust bepalen niet alles. Ook mensen met een gezond gewicht kunnen onvoldoende weerbaar zijn. Omgeving en stress hebben een direct effect op je gezondheid en slapen is een gezond medicijn tegen kwetsbaarheid. Want mensen die minder dan zeven uur per nacht slapen, hebben drie keer zo veel kans op een verkoudheid of longontsteking. Alle pijlers van een gezonde leefstijl komen dus voorbij: bewegen, slaap, eten en drinken, maar ook ontspanning en omgeving. Jacqui van Kemenade studeerde geneeskunde aan de Radboud Universiteit in Nijmegen. Zij specialiseerde zich in 2001 als huisarts en in 2018 als kaderhuisarts diabetes.



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.

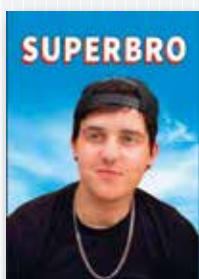
Tekst: Menno Goosen



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.annerikedevries.nl kun je meer lezen over Annerieke.



Superbro

Auteur: **Jet van der Voet**
 Uitgeverij: **eigen beheer**
 ISBN: **9789464026085**
 Prijs: **€ 14,95 (De opbrengst gaat naar Hematon, patiëntenorganisatie voor mensen met bloed- of lymfklierkanker)**

Wanneer Pim te horen krijgt dat hij leukemie heeft, staat zijn leven plotseling stil. Een onzekere tijd breekt aan met complexe en slopende behandelingen. Pim, liefdevol Superbro gedoopt door zijn zusje, trekt zich maandenlang terug in zijn eigen wereld. Als na een jaar de ziekte terugkeert en hij bovendien verlamd raakt, vraagt hij euthanasie aan. Op 16 mei 2019 overlijdt hij, 22 jaar oud. Dit boek gaat over de worsteling van Pim – en zijn naasten – met zijn ziekte en de gevolgen daarvan. Maar ook over de groei die hij doormaakt, de leeuwenmoed die hij toont, de wijsheid die hij onderweg opdoet en de rust die hij uiteindelijk vindt. Het boek werd geschreven door zijn moeder.



...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.



De vele lichamen die we zijn

Auteur: **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).

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.

Word LVO-lid en ontvang een exclusief cadeau!

Of meld een collega aan en
ontvang beiden een uniek cadeau!

Word jij ook graag door mooie sokken lichtvoetig door jouw werkdag gedragen? En gun je dit jouw collega ook? Meld dan snel jezelf en jouw collega als nieuw lid bij ons aan en ontvang beiden een schitterend mooi paar exclusieve LVO-sokken. **Ben je al lid?** Ook dan ontvang jij een paar sokken als je een nieuw lid aandraagt. Wist je trouwens al dat je jouw lidmaatschapsbijdrage voor 40% tot maximaal 50% (afhankelijk van jouw salaris) bij jouw werkgever kunt declareren? Een lidmaatschap heb je dan al voor nog geen 45,- euro per jaar. **Een LVO-lidmaatschap heeft dus enkel voordelen.**

Meld je nu snel aan. Want samen staan we sterk.

Aanmelden kan op lvo.nl/lid/register
Deze actie is geldig tot 01-10-2021



Iedereen verdient goede zorg

In Afrika is een enorm tekort aan goed opgeleid medisch personeel. Daarom traint **Amref Flying Doctors** zorgverleners in **Afrika**.

Verloskundige Jemimah uit Kenia:

“De geboorte van een baby is iets magisch.”

Doneer nu op amref.nl/zorgverleners
of scan de QR-code.



Voor een gezond
en sterk Afrika



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 plek 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 / Hoorn.



**NIEUWE
LOCATIE**
Gooiland,
Hilversum

34^e

LVO Congresdag

25 november 2021



De nieuwe wereld

LVO
landelijke vereniging van operatieassistenten

Voor meer informatie over het programma en inschrijving www.lvocongres.org