

Operationeel

VOOR OPERATIEASSISTENTEN

Magazine

NR. 4 NOVEMBER 2021 JAARGANG 16

Rotator cuff
optimalisatie van zorg

Patiëntverhalen
mooi en soms verdrietig

Malletvingers
retrospectief onderzoek

Medisch Engels
wetenschappelijk lezen

Schrijvende chirurg
Abdelali Bentohami



Rebecca Banens (zelfstandig operatieassistent en ontwerper) ▶

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.



Tegris OK-integratie/digitalisatie

Alles bij de hand met één oplossing

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



Nieuwsgierig?



www.getinge.com

GETINGE 

NIET ALLEEN ONGEËVENAARD.

UNTOUCHABLE.

All-in-One Fixation System™



PALACOS® R+G pro

- Helpt de workflow te standaardiseren
- Vermindert het risico van contaminatie en blootstelling aan MMA
- Met het gouden standaard botcement PALACOS® R+G

Eenvoud. Veiligheid. Superioriteit.

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

Rebecca Banens (51) is naast zelfstandig operatieassistent ook ontwerper. Ze zet zich actief in voor duurzaam werken op operatiekamers. Door in haar kunst afval van de OK te verwerken wil zij meer bewustwording creëren.



12

Betere zorg bij schouderklachten

Nog lang niet alles is bekend over het ontstaan van schouderklachten. Freek Hollman, assistent in opleiding tot orthopedisch chirurg, promoveerde op zijn onderzoek naar methoden om de behandeling van schouderklachten te optimaliseren. Hij focuste op de rotator cuff van de schouder: de spiergroep waarmee je je hand in de ruimte kunt positioneren.



15

Patiëntverhalen opgetekend door longarts

In zijn veertig jaar lange carrière als longarts hoorde Bert Baas veel zéér persoonlijke levensverhalen van patiënten, met name in de palliatieve fase, aan. Een stukje van hun leven trok hij met ze op, en daarna lieten ze elkaar weer los. Wat blijft zijn de herinneringen: mooi en soms ook verdrietig, want het voorbij doet ook een beetje pijn. Een voorpublicatie van een verhaal.



18

Malletvingers nader bekeken

Ossale malletvingers zonder subluxatie worden in Máxima MC bijna altijd conservatief behandeld. Dit leidt tot redelijke behandelresultaten, die onafhankelijk zijn van de grootte van het betrokken gewrichtsooppervlak.



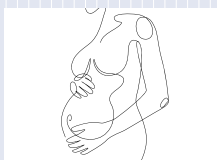
28 Ondernemende chirurg brengt debuutroman uit

De Marokkaanse Amsterdammer, chirurg, ondernemer en filantroop Abdelali Bentohami is sinds kort ook schrijver. Met zijn debuutroman *De wolf van Askram* neemt hij zijn lezers mee in een avontuur van een Amsterdamse Marokkaan. Een voorproefje.



32 Medisch Engels voor operatieassistenten

Voor evidence-based practice (EBP) is het lezen en begrijpen van wetenschappelijke artikelen van groot belang. Bij Engelstalige artikelen kan dat behoorlijk lastig zijn. We maken je wegwijs.



36 Casus: colloïdcyste bij een zwangere

Zwangere met colloïdcyste met obstructieve hydrocefalus.

EN VERDER IN DIT NUMMER

- 10 LVO-nieuws
- 24 Chirurgisch nieuws
- 34 Boeken
- 38 Column Pieter Poortman



Beste lezer,

De winter komt eraan, dus zullen we vaak binnen zijn. Genoeg gelegenheid om veel te lezen. In deze nieuwe *Operationeel* word je op je wenken bediend: we presenteren delen uit maar liefst twee boeken van medisch zorgprofessionals. Eén boek is van coach en voormalig longarts Bert Baas. Hij beschrijft levensverhalen van markante patiënten. Het andere boek is een roman van chirurg Abdelali Bentohami. Een lezenswaardige en spannende geschiedenis van een jonge chirurg met Nederlands-Marokkaanse roots. Bentohami kreeg zijn roman aanvankelijk niet uitgegeven, daarom startte deze ondernemende chirurg een eigen uitgeverij.

Maar deze *Operationeel* biedt meer. We hebben – naast het chirurgisch nieuws – drie artikelen die je bijspijkeren op het gebied van wetenschappelijke vooruitgang op chirurgisch gebied. Deze artikelen gaan over de rotator cuff, malletvingers en colloïdcysten bij zwangeren.

De meeste medisch-wetenschappelijke artikelen zijn in het Engels geschreven. Voor veel mensen is dat lastig. Immers, Engels is niet onze moedertaal. Daarom bieden we praktische hulp bij het lezen van Engelse publicaties. Wil je een artikel sneller en effectiever kunnen lezen, dan gaat het niet alleen om de Engelse woorden, maar vooral ook om de structuur van de tekst.

Als laatste punt willen we de aandacht vestigen op een belangrijk nieuwsfeit. Het tweedaagse LVO-congres komend voorjaar staat gepland op 11 en 12 maart. In het LVO-nieuws (pagina 10) wordt alvast een tipje van de sluier opgelicht. De onderwerpen variëren van handchirurgie tot onderwaterchirurgie en van orgaandonatie tot strumectomie met robotchirurgie. Kortom een congres dat je niet wilt missen!

Veel leesplezier!



Menno Goosen,
hoofredacteur
redactie@lvo.nl



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



Hennie Mulder,
redactiecoördinator LVO
operationeel@lvo.nl

Ze noemen mij wel de groene rakker'

Rebecca Banens (51) is niet alleen zelfstandig operatieassistent, maar ook ontwerper. Ze zet zich actief in voor duurzaam werken op operatiekamers. Door in haar kunst afval van de OK te verwerken wil zij meer bewustwording creëren.

Tekst: Femke van den Berg
Foto's (inclusief cover): Ivonne Zijp



Wat wilde je vroeger worden?

'Een concreet plan had ik niet. Als kind vond ik tekenen leuk. Mijn moeder was kunstschilder, dus dat artistieke heb ik van haar. Ik heb nog even een opleiding fotografie overwogen, maar het werd, na de havo, de zorg. Mijn oudere zussen werkten al in de gezondheidszorg en ik volgde dat voorbeeld.'

Hoe kwam het dat je operatieassistent werd?

'Tijdens mijn opleiding tot doktersassistent liep ik stage op de eerste hulp. Ik mocht toen een keer meekijken bij een appendectomie. Ik vond de hele setting op de OK geweldig fascinerend. Het leek me heel uitdagend om er te mogen werken. Ik was zo enthousiast, dat ik me gelijk heb aangemeld voor de opleiding tot operatieassistent in het Diaconessenhuis in Utrecht. In 1991 behaalde ik mijn diploma.'

Daarna ging je in Zwitserland werken?

'Klopt. Er werd destijds veel geworven om te werken in Zwitserland, dus via een uitzendbureau had ik er zo een baan. Ik kon kiezen uit meerdere ziekenhuizen en kwam terecht in een kleinschalig ziekenhuis met een familiale sfeer, het Kantonsspital Altdorf, dat vooral gericht was op orthopedie. Er werd daar heel zorgvuldig, accuraat en professioneel gewerkt. Wat me ook is bijgebleven, was dat patiënten afhankelijk van hun verzekeringsklasse geopereerd werden door de Chefarzt of de Oberarzt. Ik heb er heerlijk gewerkt, geskied en gewandeld in de bergen. Uiteindelijk heb ik twee jaar in Zwitserland gewoond.'

Waar kwam je terecht toen je terug was in Nederland?

'Bij het UMC Utrecht. Eerst in het roulatieteam, dan kom je op alle OK's, en daarna bij afdeling Oost: KNO, Neurochirurgie en Oogheelkunde. Na verloop van tijd werd ik teamleider oogheelkunde. Ik stond toen niet meer alleen op de operatiekamer, maar hield me ook bezig met bestellingen, protocollen en het opleiden van nieuwe collega's. In die tijd leerde ik mijn man Mark kennen, hij is biomedisch wetenschapper. Toen hij als onderdeel van zijn promotieonderzoek een halfjaar naar de Verenigde Staten kon, ging ik met hem mee.'

Werkte je in de VS ook op een OK?

'Ik heb in Salt Lake City op de OK mee mogen kijken, maar ik heb er zelf niet gewerkt. Het was te complex om dat geregeld te krijgen. Bovendien was ik inmiddels zwanger. Toen we eenmaal terug waren in Nederland en Bart geboren was, ben ik vrij snel daarna wel weer aan het werk gegaan als operatieassistent en later als vervangend teamleider op de OK van het Diaconessenhuis. Eerst in Zeist en daarna in Utrecht.'

Je bent toen ook de kunstacademie gaan doen. Waarom?

'In die tijd haalde ik niet meer zo veel voldoening en inspiratie uit mijn baan als operatieassistent. Daarom ben ik een fotografieopleiding gaan volgen. Vervolgens maakte ik de overstap naar de Hogeschool voor de Kunsten Utrecht. Daar studeerde ik beeldende kunst, richting Spatial Design.

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.

Ik volgde de voltijd avondopleiding en specialiseerde mij in interior design. Vol gedrevenheid werkte ik aan geweldige creatieve opdrachten zodra de kinderen in bed lagen. Het was een intensieve, maar zeer leuke tijd. Daarnaast werkte ik nog altijd op een laag pitje door als operatieassistent, inmiddels als zzp'er. Dat beviel goed, omdat het mij meer vrijheid en autonomie bracht.'

Wat ben je gaan doen na de kunstacademie?

'Toen ik in 2012 afstudeerde, heb ik mij uit mogen leven op het ontwerpen van ons eigen huis op de Veemarkt in Utrecht. Gaandeweg vond ik nog meer mijn passie als ontwerper van autonoom werk. Daarnaast ben ik als zelfstandig operatieassistent blijven werken, gemiddeld zo'n drie dagen per week. Intussen ben ik gespecialiseerd geraakt in de oogheelkunde. Tegenwoordig werk ik voor diverse klinieken en assisteer ik onder meer bij staaroperaties, refractiechirurgie en posterior segment chirurgie. Ik heb een groot

'Met mijn kunst wil ik mensen bewust maken van de verspilling in de zorg'

netwerk opgebouwd met een aantal vaste opdrachtgevers, zo nu en dan komen er ook nieuwe bij. De laatste tijd werk ik vooral veel voor het Retina Operatiecentrum in Utrecht en Amstelveen.'

Je bent al een hele tijd operatieassistent. Welke veranderingen vallen je op?

'Veel operaties verlopen nu efficiënter dan vroeger. Hierdoor kunnen patiënten na bijvoorbeeld een staar- of netvliesoperatie sneller naar huis. Dat is natuurlijk goed nieuws. Andere ontwikkelingen zijn minder positief. Zo is de hoeveelheid afval in de zorg exponentieel toegenomen. Op de operatiekamer zag ik steeds meer disposables verschijnen. Werkelijk voor iedere kleine handeling moet je

tegenwoordig iets uitpakken. Natuurlijk, de veiligheid van de patiënt staat voorop, je moet hygiënisch werken om infecties te voorkomen, maar ik vind dat we zijn doorgeschoten. We moeten anders, duurzamer, gaan werken. Gezondheidszorg én duurzaamheid dragen bij aan de kwaliteit van ieders leven.'

Hoe zet jij je in voor meer duurzaamheid op de werkvloer?

'Ik probeer collega's en oogartsen te beïnvloeden, ze ertoe te bewegen om duurzaam te werken. Zij weten dat ik dat belangrijk vind. Desgevraagd geef ik ook advies en beantwoord ik vragen over duurzaamheid. En ik laat iedereen weten: ik zamel plastic in. Je mag meedoen, maar het hoeft niet. Ik neem het plastic mee naar huis, waar ik het hergebruik of alsnog apart inlever. Inmiddels word ik wel "de groene rakker" genoemd.'

Je verwerkt ook schoon OK-afval in jouw kunst. Wat beoog je hiermee?

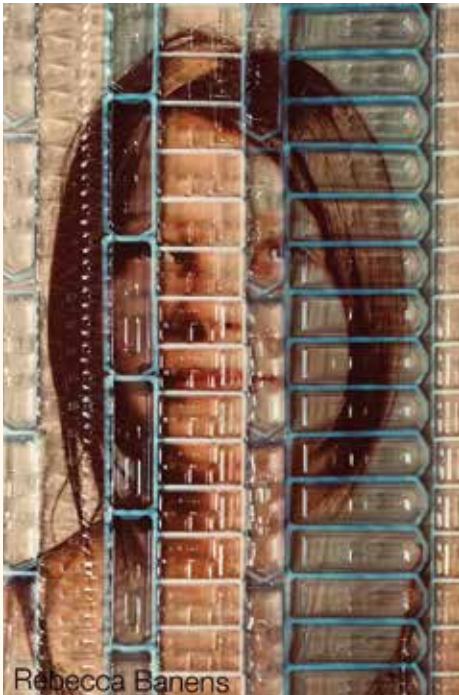
'Mijn slogan is: I turn waste into visual art. Hiermee wil ik mensen bewust maken van de verspilling in de zorg en ze uitdagen om na te denken over de vraag: kan het ook anders? Kunnen we minder verspillen? Of materialen hergebruiken? Ik hoop dat anderen afval ook gaan zien als iets waardevols en dat zij er iets bruikbaar mee gaan doen.'

Kun je voorbeelden geven van de materialen die je verwerkt?

'De mooiste materialen zijn de ongebruikte armsteunhoezen. Die zitten standaard in een proceduretray, maar lang niet alle oogartsen gebruiken ze. Er blijven er altijd veel over. De hoezen zijn mooi blauw en



Rebecca Banens: 'Ik hoop dat anderen afval ook gaan zien als iets waardevols en dat zij er iets bruikbaar mee gaan doen.'



Rebecca Banens

De slogan van Rebecca is:
'I turn waste into visual art.'

zacht, het is prachtig materiaal. Ik maak er sculpturen van en fotografeer ze op een kunstzinnige manier. Verder verzamel ik ook lenzen die gebruikt worden om een computergestuurde rhexis mee te maken. Die worden hooguit vijf minuten gebruikt en vervolgens weggegooid. Zonde, want het is hoogwaardig materiaal. Ik heb er, in opdracht van een grote organisatie, duurzame geschenken van gemaakt voor bestuursleden.'

Hoe breng je jouw boodschap onder de aandacht?

'Ik gebruik verschillende kanalen en media, zoals mijn werkmail, Facebook, LinkedIn en mijn website. En onlangs was de expositie *Footprint in Phaco Land* in mijn atelier in Utrecht, over de footprint van een staaroperatie. Een staaroperatie is vernuftig en hoogtechnisch, maar heeft ook een enorme voetafdruk. Met installaties en fotografie liet ik bezoekers dit ervaren.'

Je streeft naar een staaroperatie met de kleinst mogelijke voetafdruk?

'Zeker. Er zijn enorm veel stappen mogelijk om die afdruk minder groot te maken. Denk aan het verkleinen van de instrumentensets. Of een verplichte jaarlijkse check op overbodige artikelen in de proceduretrays – er verdwijnen nu zo veel producten ongebruikt in de prullenbak. Daarnaast worden er disposable-instrumenten van staal gebruikt die niet eens worden gerecycled. Dat is een enorme belasting voor het milieu. We moeten écht bewuster omgaan met materialen. Het zou prachtig zijn als klinieken zouden streven naar een halvering van de voetafdruk. Bij zulke klinieken zou ik graag solliciteren!'

Welke ideeën heb je nog meer om de operatiekamer te verduurzamen?

'Als eerste: een groen inkoopbeleid invoeren. Schaf geen disposable instrumentarium meer aan, verduurzaam het inpakmateriaal en neem herbruikbare aluminium containers voor instrumentensets in plaats van de niet-duurzame *blue wraps*. Ik pleit ook voor een eigen centrale sterilisatieafdeling. Verder belangrijk: stop de medicijnverspilling. Zorg voor herbruikbare jassen en textiel – veel ziekenhuizen voeren dit gelukkig weer in – en laat de beschermjassen achterwege voor patiënten die maximaal tien minuten op de OK verblijven. Tot slot: zorg dat iedereen in de zorg getraind wordt in het omgaan met afval en tegengaan van verspilling: *refuse, reduce, reuse, recycle*.'



De hoeveelheid afval in de zorg is exponentieel toegenomen.

Welke partijen zouden nog meer betrokken moeten worden bij de verduurzaming?

'Het zou mooi zijn als er vanuit Brussel en Den Haag een beter duurzaamheidsbeleid komt. Uit eigen ervaring weet ik dat er nu geen enkele prikkel is om op de OK duurzaam te werken. Het zou al helpen als bijvoorbeeld de IGG bij de inspecties voortaan ook zou kijken naar het aspect duurzaamheid.'

Je bent bestuurslid van de Projectgroep Duurzame Oogheelkunde (PGDO). Wat houdt dat in?

‘Deze projectgroep van het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG) streeft naar het verduurzamen van alle processen in de Nederlandse oogheelkundige praktijk. Zo schrijf ik met de werkgroep momenteel een best practice phaco-emulsificatie. Het helpt dat ik veel verschillende praktijken van binnenuit ken. Ik zie grote verschillen in hoe er met duurzaamheid of juist verspilling wordt omgegaan. De PGDO deelt de bevindingen en adviezen, onder meer via de website van de NOG, zodat collega’s ze kunnen overnemen.’

Denk je dat jij je ook in de toekomst blijft inzetten voor duurzaamheid?

‘Duurzaamheid zal altijd een thema in mijn leven blijven. Zowel privé als professioneel. Ik probeer duurzaam te leven. Dat lukt niet altijd, want ik woon eigenlijk te groot, ik ga op wintersport, ik heb een auto ... Maar alles binnen een straal van 12 kilometer gaat per fiets en we gaan ook regelmatig met de fiets en de tent op vakantie. Mijn kinderen eten biologische, biodynamische “vergeten” – en dus soms niet heel gangbare – groenten van de moestuinen van Amelisweerd en ik koop grotendeels bij de biologische winkel. Inpakpapier heb ik vrijwel nooit in huis: ik pak in met papier uit bijvoorbeeld een tijdschrift of krant. Daarbij is het de uitdaging om, geheel afgestemd op de persoon, te verpakken met passende tekst en beeld. Dat zorgt soms voor grappige situaties! Al heel wat jaren organiseer ik verder met vrouwen in de buurt een Naked Ladies Party – een heel leuke kledingruilbeurs. En ik zet me dus ook op mijn werk in om elke vorm van verspilling tegen te gaan. Het is kleinschalig, maar alle beetjes helpen.’

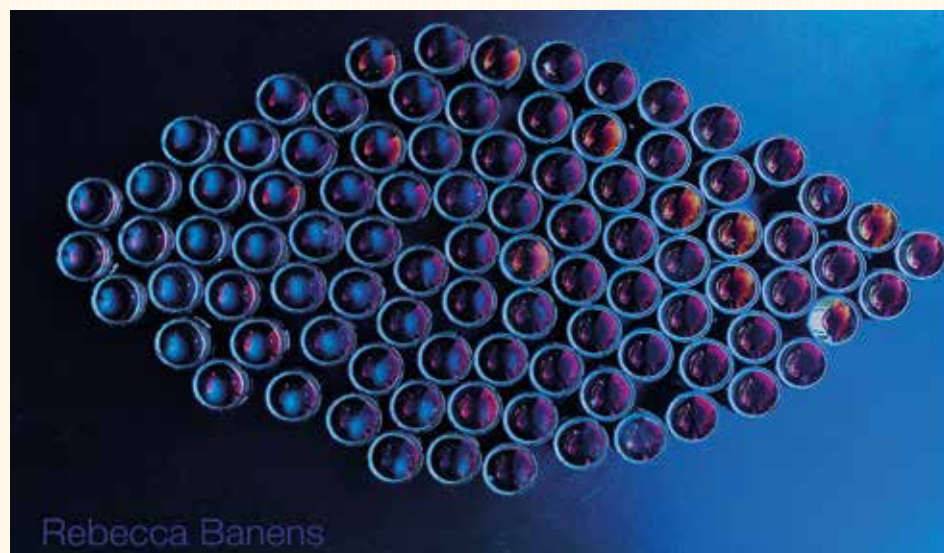
Je vindt het belangrijk om ook patiënten te betrekken?

‘Als patiënten zouden weten hoe groot de voetafdruk van hun operatie is – en dat verschilt dus enorm per ziekenhuis! – dan zouden er direct allerlei initiatieven ontstaan om de afvalberg te verminderen. Daar ben ik van overtuigd. Het is dus belangrijk om hen te informeren, hun bewustzijn te vergroten. Een kunstenaar die daar op een heel effectieve manier mee bezig is, is Maria Koijs uit Groningen (zie Operationeel nr 1-2021, pg.14). Zij had borstkanker en heeft met hulp van de chirurg een kunstwerk gemaakt dat heel inzichtelijk maakt hoeveel afval is ontstaan bij haar borstreconstructie. Ze maakte er een YouTube-filmpje van dat *viral* ging in de gezondheidszorg. Ik denk dat het eraan heeft bijgedragen dat nog meer specialisten, zorgmedewerkers en zeker ook patiënten het belang van een duurzame OK zijn gaan inzien.’

Hoe ziet jouw professionele toekomst eruit? Wat zijn je dromen en ambities?

‘Een goede balans tussen werken op de OK en werken als ontwerper staat hoog op mijn wensenlijstje. Ik heb veel plezier in het werk als operatieassistent, mede dankzij vele fijne collega’s, maar ik heb thuis inmiddels ook veel mooi afval verzameld. En ik heb allerlei ideeën over wat ik daarmee kan creëren, maar ik kom daar helaas niet altijd voldoende aan toe. Zelfs in de coronatijd niet, want toen heb ik gewoon doorgewerkt in de klinieken. Aan de ene kant was het heel fijn dat dit kon. Het was een luxe om te mogen werken, terwijl veel mensen noodgedwongen thuis moesten zitten, soms zonder inkomen. Aan de andere kant ontbreekt het mij nog wel eens aan tijd en rust voor het creatieve proces. Dat is jammer, want ik wil graag nog meer creëren en exposeren, bijvoorbeeld in instellingen, klinieken of bij culturele evenementen, maar dat gaat vast nog wel een keer gebeuren.’

Je vindt Rebecca ook op Facebook (o.a. in de groep GreenTeamOk) en op haar website rebeccabanens.nl.



Kunst van afgedankt verpakkingsmateriaal.

SAMEN LVO: het mes snijdt aan vele kanten

Eén van de doelstellingen van de LVO is het beste creëren voor de operatieassistent. Naast het regelen van congressen, scholingen en informatieverstrekking, is de LVO nu ook bezig met een nieuw project, genaamd SAMEN LVO, waarin kennisoverdracht de belangrijkste pijler is.

SAMEN LVO is in 2020 al opgestart, maar werd door corona doorgeschoven. Nu heeft het een vliegende herstart gemaakt. SAMEN LVO gaat over de samenwerking tussen de beroepsverenigingen, zorgprofessionals van zorginstellingen en opleidingsinstituten. Het plan is om open educational resources te gaan delen met elkaar. Het doel is dat een kwaliteitsslag gemaakt kan worden in de verspreiding van leermaterialen en richtlijnen. Deze moeten weliswaar zichtbaar en bruikbaar worden voor iedereen die betrokken is bij de perioperatieve zorg, maar ze zijn primair gericht op de operatieassistenten en de opleidingsinstituten.

Website

De projectleden zijn nu druk bezig met een speciale website. Deze site is voor operatieassistenten die op zoek zijn naar informatie over nascholing en vakinformatie. Het werkt als volgt: de operatieassistent kan na inloggen via de zoekmachine leermaterialen of bijvoorbeeld een protocol opzoeken. Deze kunnen geüpload worden door iedereen die werkzaam is in de perioperatieve zorg. Alle materialen die op de zoekmachine terechtkomen zullen eerst via een kwaliteitsmodel gecontroleerd worden. De LVO wil de standaard hoog houden. Dat betekent dat ervan uitgegaan mag worden dat de informatie die verspreid wordt correct is. Met SAMEN LVO hopen we kunnen te bereiken dat er een actieve



Foto: Shutterstock

community gaat komen, zodat veel leermaterialen met elkaar gedeeld kunnen worden. Zo hoeft niet elk ziekenhuis of opleidingsinstituut alle leermaterialen zelf te ontwikkelen. Er kan geleerd en gebruikgemaakt worden van elkaars expertise. De LVO hoopt zo dat ook wat tijdswinst te behalen valt in het ontwikkelen van scholing. Hiermee behouden we onze bevoegd- en bekwaamheid en hoeven we het wiel niet opnieuw uit te vinden.

Het project is net gestart en is nog druk bezig met de ontwikkelingsfase, maar we kijken ontzettend uit naar wat het kan betekenen op landelijk niveau. Het delen van informatie met elkaar via een zoekmachine is een stap in de digitalisatie waarbij iedereen elkaar goed kan helpen. Heb jij hier goede ideeën over en wil je graag meedenken uit naam van jouw ziekenhuis of opleidingsinstituut?, neem dan gerust contact op met Gaby van Iersel: gabyvaniersel@gmail.com.

Operatieassistent in FWG 50

De FWG (functiewaardering gezondheidszorg) is een instrument waarmee de zwaarte van een functie kan worden bepaald. Stichting FWG heeft de functie van operatieassistent ingedeeld in FWG 50 en die van teamleider in FWG 55. De stichting heeft een adviserende functie, dus elk ziekenhuis heeft de vrijheid de operatieassistent in te delen in FWG 55, bijvoorbeeld omdat deze meer verantwoordelijkheid heeft gekregen.

Trends

Doorlopend doet Stichting FWG onderzoek naar trends en ontwikkelingen in de zorg en de effecten daarvan op branches, organisaties en functies. Op deze manier blijft het FWG-systeem actueel. Zorgorganisaties binnen de verschillende zorgbranches (ziekenhuizen, geboortezorg, ggz, gehandicaptenzorg, VVT en ambulancezorg) gebruiken het functiewaarderingssysteem van FWG. Hiermee kunnen zij de zwaarte van de functies bepalen en deze indelen in functiegroepen. In de cao's van de genoemde branches

worden deze functiegroepen vervolgens gekoppeld aan salarisschalen. Hierdoor ontstaat de grootst mogelijke uniformiteit met betrekking tot beloning in de sector.

Stichting FWG is onafhankelijk en heeft geen winstoogmerk. Bij haar jaarlijkse reguliere functieonderzoek wordt zij beoordeeld en geadviseerd door sociale partners in de zorg (NVZ, de Nederlandse GGZ, VGN en ActiZ aan werkgeverszijde, en FNV Zorg en Welzijn, CNV Zorg en Welzijn, NU'91 en FBZ aan werknemerszijde).

We lichten een tipje van de sluier op

Tweedaags LVO-congres op 10 en 11 maart 2022

De LVO houdt weer een live congres in maart volgend jaar. Net als voor de coronaperiode is het een live voorjaarscongres van twee dagen.

Vanwege de coronaregels hebben we dit jaar in maart een drukbezocht LVO-webinar gehad. Op 25 november is er een ééndaags congres geweest. Dit werd eveneens druk bezocht. Ook het toekomstige congres wordt georganiseerd met de bedoeling elkaar weer te ontmoeten, elkaar te spreken, ervaringen uit te wisselen, lezingen te volgen, de beursvloer te bezoeken en op de donderdagavond lekker los te gaan op het LVO-feest!

Programma donderdag

De congrescommissie van de LVO heeft een interessant programma samengesteld. Het thema van het congres is Ontmaskerd. Een sprekende titel die genoeg zegt over de afgelopen Covid-periode.

Uiteraard start het congres op de donderdag na de opening met een plenaire bijeenkomst. Er komt een Amerikaanse spreker die de congresgangers mee gaat nemen in

de ontwikkeling en duurzaamheid in Amerika. Aan de orde komen onder meer wat we van elkaar kunnen leren en of wij het hier op dezelfde manier aanpakken.

Na de pauze zijn er de parallelsessies, met als onderwerpen:

- Plastische chirurgie met o.a.: handtransplantatie, microchirurgie in ontwikkeling.
- Gynaecologie/urologie met o.a.: onderwaterchirurgie bij uitsteking, chirurgie bij ovariumcarcinoom.
- Orthopedie/trauma: robotarm bij spondylodese, trauma bij e-bike-ongevallen/helmplicht.
- De Young Professional Award, de genomineerden voor deze award lichten hun scriptieonderwerp toe.
- De uitreiking van de Young Professional Award.

Dan als afsluiting van de dag: SEH-arts Gor Khatchikyan, de arts die zo vaak in het nieuws is geweest door zijn frontberichten en gesprekken die hij heeft gevoerd aan de verschillende talkshowtafels. Daar toonde hij zijn enorme betrokkenheid.

Hij heeft het belang ingezien van de operatieassistenten, die zich zo goed hebben ingezet voor de Covid-zorg op de IC en hij draagt onze beroepsgroep een warm hart toe. Nu wordt hij heel vaak gevraagd op verschillende congressen en seminars. Veel wijst hij er af, maar operatieassistenten wil hij graag meenemen in zijn verhaal.

Programma vrijdag

De vrijdag start met de algemene ledenvergadering (ALV) en daarna is er de plenaire sessie. In de plenaire sessie zal o.a. de inspectie aan het woord komen bij monde van Erno Leenaarts, inspecteur Medisch Specialistische Zorg.



Foto: Ivonne Zijp

Na de pauze:

De parallelsessies

- Ontwikkelingen in de zorg: Foetale operaties bij Spina Bifida, Donatie, ontwikkeling geplande euthanasie met donatie.
- Algemene chirurgie: whipple, littekenbreuk met robot.

Na de pauze:

- Onco KNO/kaakchirurgie: stapedotomie met laser, strumectomie met robot.
- Lagerhuisdebat, na een jarenlange traditie pakken we dit weer op. We hebben met ons allen de laatste jaren zo veel ervaren dat het genoeg stof geeft voor een boeiende discussie!

Dan volgt de plenaire afsluiting met een cabaretachtig tintje over Omdenken. Een onderwerp dat in deze hectische tijd veel vragen oproept en ook veel antwoorden kan geven ... ook operatieassistenten komen aan het woord!

Noteer deze data in je agenda en op de dienstlijst van de OK!

Schrijf jullie massaal in om er samen een fantastisch congres van te maken!

www.lvocongres.org.



Foto: Shutterstock

Het mysterie van de rotator cuff

Betere zorg bij schouderklachten

Schouderklachten komen veel voor en ze hebben een grote sociaaleconomische impact. Toch weten we nog lang niet alles over het ontstaan ervan, en de behandeling kan nog verder verbeterd worden. Freek Hollman, assistent in opleiding tot orthopedisch chirurg, promoveerde deze maand op zijn onderzoek naar methoden om de behandeling van schouderklachten te optimaliseren. Hij focuste op de rotator cuff van de schouder: de spiergroep waarmee je je hand in de ruimte kunt positioneren.

Tekst: Harriët Teijen
Foto's: zie credits langs zijkant foto's



Een abductiebrace dragen na operatief peesherstel voegt niets toe, en zelfs een sling is misschien niet eens nodig.

Uw onderzoek richtte zich met name op de rotator cuff. Over welke klachten hebben we het dan?

'De rotator cuff is de spiergroep in je schouder die ervoor zorgt dat je je arm kunt bewegen en draaien en dat het schoudergewricht stabiel blijft. Het is een bundel van vier spieren: de suprapinatus, infraspinatus, teres minor en subscapularis. Klachten aan deze spiergroep komen veel voor: denk aan slijtage, ontstekingen of scheuren. Vooral rotatorcuff-scheuren in degeneratieve vorm zien we veel. De prevalentie daarvan neemt toe met de leeftijd, dus gezien de toene-

mende vergrijzing kunnen we daarvan een aanzienlijke sociaaleconomische belasting verwachten. Het is daarom belangrijk dat we meer begrijpen van alle aspecten die met deze peesscheuren samenhangen. Alleen dan kunnen we ervoor zorgen dat mensen een optimale schouderfunctie houden en zo lang mogelijk fysiek actief blijven.'

Welke behandelingsmogelijkheden zijn er op dit moment?

'De behandeling van rotatorcuff-pathologie kan uitdagend zijn. We kennen uitgebreide operatieve ingrepen, zoals rotatorcuff-herstel, peestransfers en (omgekeerde) prothesiologie.

Minder uitgebreide operatieve ingrepen die we doen zijn het doornemen of vastzetten van de bicepspees of het schoonmaken van de pees via een kijkoperatie.

Daarnaast kun je conservatief behandelen, denk aan pijnstilling – oraal of met injecties – en fysiotherapie. Welke behandelingsoptie bij welke patiënt het beste is, weten we niet altijd zeker: daarvoor was nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs.'

Wat hield uw onderzoek precies in?

'In acht verschillende studies heb ik gekeken naar de behandeling van degeneratieve rotatorcuff-scheuren, de diagnostiek

door middel van beeldvorming, nazorg na rotatorcuff-herstel via een kijkoperatie en schouder specifieke patiëntgerelateerde uitkomstmaten.

Dat leverde een aantal handvatten op voor de dagelijkse orthopedische praktijk. Daarnaast heb ik suggesties kunnen doen voor het optimaliseren van de behandeling van degeneratieve rotatorcuff-scheuren, het visualiseren van schouderpathologie en het nauwkeurig analyseren van resultaten met de juiste meetinstrumenten. Voor bepaalde behandelingsopties is wetenschappelijk bewijs geleverd dat ze gerechtvaardigd zijn.'

U onderzocht onder meer de klinische waarde van MRI-scans bij deze klachten. De uitkomst was verrassend begrijp ik?

'Ja, we dachten dat we onnodig veel MRI's maakten bij dit soort klachten. Zulke onnodige diagnostiek verhoogt de zorgkosten, vergroot de last voor patiënten en maakt de wachtlijsten langer. Je wilt deze kostbare en tijdrovende diagnostische hulpmiddelen dus niet routinematig gebruiken.

De bestaande literatuur gaf weinig inzicht in het nut van een MRI onder de patiëntpopulatie met atraumatische schouderpijn. Het onderzoek dat er was richtte zich vooral op asymptomatische professionele sporters of op de oudere populatie.

In mijn onderzoek keken we naar de populatie van 18-45 jaar met atraumatische schouderklachten. Tot onze verrassing bleek dat maar liefst 72% van deze groep structurele afwijkingen op de MRI-scan liet zien. Dit is vele malen hoger dan verwacht. De gevonden afwijkingen waren onder andere ontstekingen van de slijmbeurs of pees, cuff-rupturen en labrumscheuren. Bij ongeveer een derde van de afwijkingen ging het om een gedeeltelijke of volledige scheur van de rotator cuff, waarbij een groot gedeelte geopereerd werd. In deze gevallen is een MRI-scan dus zeker van meerwaarde.

Er zijn dus meer mensen met schouderafwijkingen dan we dachten? Hoe kan dat?

'We vonden dat een hogere leeftijd is gecorreleerd met een verhoogde kans op een afwijkende MRI. Andere correlaties, zoals de duur van de klachten, waren niet signifi-

cant. Dit alles zou kunnen betekenen dat weefseldegeneratie al vroeger begint dan we dachten en op jongvolwassen leeftijd al heel frequent voorkomt.'

En moeten al die extra gevonden afwijkingen ook behandeld worden?

'Nee, dat kun je niet zo stellen. Bij ongeveer twee derde van de patiënten werd de verwachte diagnose bevestigd, maar er waren ook veel nevenbevindingen. En niet alle afwijkingen die toevallig gezien worden, moeten ook behandeld worden. Zo komen scheurtjes in de pees vaak voor, maar hebben mensen daar niet altijd last van. Je moet de patiënt behandelen, niet de MRI.'

U onderzocht ook het percentage vet in het peesweefsel en de effecten daarvan op de behandeling. Wat was daarvan de uitkomst?

'De kwaliteit van het peesweefsel wordt vaak uitgedrukt met behulp van de mate van vette degeneratie. Hoe hoger het vetgehalte in de pees, hoe slechter de kwaliteit van het peesweefsel. Dit staat bekend als een belangrijke prognostische factor als het gaat om de behandeling van degeneratieve rotatorcuff-scheuren. Hoe beter de kwaliteit van de pees, hoe eerder je kunt gaan

denken aan opereren. Je moet dan denken aan een vetpercentage onder de 25%. Bij een pees die voor meer dan 50% bestaat uit vette infiltratie is opereren minder zinvol. Op de poli zeg ik altijd: "Je hebt dan als het ware een natte krant waar je hechtingen doorheen trekt." In dat geval kies je dus eerder voor conservatieve behandeling, of is soms een (omgekeerde) totale prothese nog een operatieve optie, afhankelijk van de leeftijd van de patiënt.

Voor het behandelen van peesscheuren bij de middengroep (25 tot 50% vet in de pees) biedt de huidige literatuur geen eenduidige ondersteuning. Ook mijn literatuuronderzoek liet vergelijkbare resultaten zien bij de verschillende behandelingen.'

'Een pees met veel vet is als een natte krant waar je hechtingen doorheen trekt'

Een andere interessante uitkomst: een brace is niet meer nodig na operatief peesherstel?

'We hebben een uitgebreide studie gedaan naar postoperatieve immobilisatie na operatief herstel van de rotator cuff via een kijkoperatie. Bij deze operatie wordt de afgescheurde pees met ankers weer vastgezet.

Hypothetisch zou de hoeveelheid spanning op de gerepareerde pees gecorreleerd kunnen zijn met verhoogde pijnniveaus, verminderde schouderfunctie en zelfs slechtere peesgenezing. Daarom onderzochten we twee methoden van immobiliseren: het gebruik van een abductiebrace en de antirotatiesling. Van beide evalueerden we de effecten op pijn, functie en peesgenezing. De conclusie: immobilisatie bleek geen significante invloed te hebben op het niveau van pijn, functie en peesgenezing. Dit gold voor vroege postoperatieve immobilisatie, maar ook tot een jaar na de operatie. Een brace dragen na deze operatie voegt dus niets toe, en zelfs een sling is misschien niet eens nodig. Recente literatuur laat zien dat zelfs direct oefenen zonder sling veilig kan.'

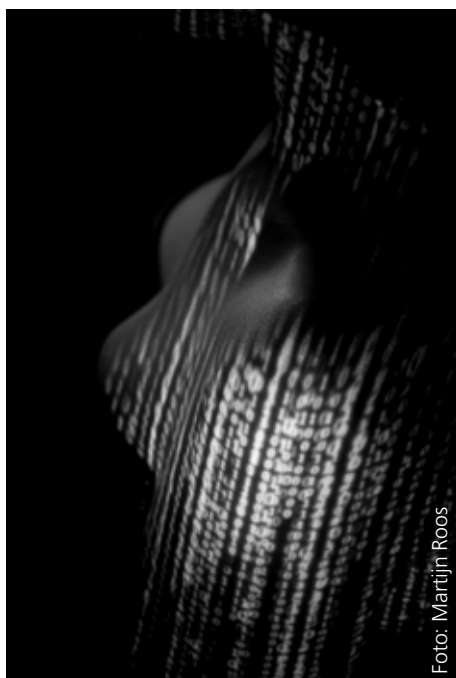


Foto: Martijn Roos

Schouder bedekt met nullen en enen: het onderzoek digitaliseert.

In studies zie je dat papieren vragenlijsten steeds vaker worden vervangen door digitale versies. Kun je dat ongestraft doen?

'Wij hebben dat onderzocht wat betreft de WORC (de Western Ontario Rotator Cuff-index). Dit is een instrument voor het meten van de kwaliteit van leven bij een aandoening van de rotator cuff. Twee schouder specifieke patiëntgerelateerde uitkomstmaten werden kritisch geëvalueerd op betrouwbaarheid, reproduceerbaarheid en het effect van digitalisering. Tegenwoordig wordt het digitaliseren van vragenlijsten op grote schaal geïmplementeerd in onze huidige elektronische patiëntendossierprogramma's of software. Je kunt echter niet elke vragenlijst zomaar digitaliseren. Je introduceert daarmee namelijk kleine meetverschillen, bijvoorbeeld als de respondent op de papieren vragenlijst een streep moet zetten en in de digitale versie de cursor moet verplaatsen. Uit ons onderzoek bleek echter dat deze verschillen klinisch irrelevant zijn. Bovendien wordt dit effect overtroffen door de voordelen van een efficiënte elektronische manier van dataverzameling. Uiteindelijk werd geen verschil gezien tussen het afnemen van een elektronische en een papieren versie van de vragenlijst. We mogen dus concluderen dat een elektronische WORC betrouwbaar kan worden gebruikt voor het verzamelen van uitkomsten in de orthopedische schouderpraktijk.'

'Je moet de patiënt behandelen, niet de MRI'

Last but not least: u zette een studie op waarin twee behandelopties werden vergeleken: het doornemen van de bicepspees met of zonder operatief herstel van de rotator cuff. Heeft dat nieuwe inzichten opgeleverd?

'Helaas niet echt, want we hebben de studie voortijdig moeten beëindigen. Het ging om



Freek Hollman, assistent in opleiding tot orthopedisch chirurg.

een multicenter gerandomiseerde gecontroleerde studie naar de behandeling van degeneratieve rotatorcuff-scheuren. Binnen het onderzoeksprotocol werden twee behandelopties vergeleken: een arthroscopische tenotomie van de lange kop van de bicepspees mét en zonder arthroscopisch herstel van de rotator cuff. Drie aspecten werden vergeleken: de mate van pijn, de schouderfunctie en de kosteneffectiviteit. Na een operatief herstel is er een grote kans op het opnieuw scheuren van de pees. Toch werden in de literatuur vergelijkbare resultaten gezien op gebied van pijn en functie in vergelijking met minder uitgebreide chirurgische behandelingsopties, zoals het gedeeltelijk repareren van de pezen en het geïsoleerd doornemen of vastzetten van de lange kop van de bicepspees. Dit was de aanleiding om het onderzoek uit te voeren. Het onderzoek startte in 2018, maar werd ondanks een zeer gemotiveerd, betrokken en toegewijd team in 2021 officieel stopgezet. Het aanbod van patiënten bleek onvoldoende. Dat betekent dat een belangrijke vraag – hoe kunnen we degeneratieve

peesscheuren het best behandelen – onbeantwoord blijft. In zoverre: we hebben daarvoor geen wetenschappelijk bewijs kunnen vinden.'

Is dat niet onbevredigend?

'Nee, niet alleen maar. De behandelstrategie is de afgelopen jaren geëvolueerd van een vroege agressieve chirurgische behandeling naar een overwegend conservatieve behandelcultuur. Zowel patiënt als arts kiezen minder snel voor opereren. Mensen kunnen blijkbaar ook functioneren met een niet geheel functionele rotator cuff. Ze hebben er minder vaak een operatie voor over en accepteren de last die ze hebben. En een niet-operatieve behandelstrategie levert ook bevredigende resultaten. Het kan er ook mee te maken hebben dat de samenwerking tussen huisarts, fysiotherapeut en orthopeed steeds beter wordt. Samen krijgen we de klachten blijkbaar toch voldoende onder controle. Dat is een gunstige ontwikkeling.

En verder: we hebben nog steeds geen wetenschappelijk bewijs dat de ene behandeling beter is dan de andere, maar we weten nu dat we het niet weten. Er is dus vooralsnog geen uitgesproken voorkeur voor een specifieke behandeling.'

Wat brengt de toekomst?

'Ik denk dat het goed is dat de verschillende disciplines de handen verder ineen slaan. Denk aan anderhalvelijnszorg, het optimaliseren van de samenwerking tussen huisarts, fysiotherapeut en orthopedisch chirurg. En verder objectiveren: je wilt toch op zoek naar wetenschappelijk bewijs dat bepaalde behandelingsopties rechtvaardigt. Terug naar de tekentafel dus. Verder zouden we graag onthullen waar de pijn precies vandaan komt en nog meer willen begrijpen van de biomechanica van de bicepspees en de pezen van de rotator cuff, en van het proces naar weefseldegeneratie. Tot die tijd blijft het omgaan met deze aandoening een uitdaging in de orthopedische schouderpraktijk. En blijft de rotator cuff deels een mysterie.'

Longarts in ruste Bert Baas schrijft bundel met patiëntverhalen

In zijn veertig jaar lange carrière als longarts hoorde Bert Baas veel zéér persoonlijke levensverhalen van patiënten, met name in de palliatieve fase. Een stukje van hun leven trok hij met ze op, en daarna lieten ze elkaar weer los. Wat blijft zijn de herinneringen: mooi en soms ook verdrietig, want het voorbije doet ook een beetje pijn. Met sommige patiënten was er net die speciale verbondenheid. Hun levensverhaal of de manier waarop ze met hun ziekte omgingen raakte Bert Baas. Hij leerde veel van zijn patiënten, en vertrouwde een paar van die bijzondere ontmoetingen aan het papier toe. Ze zijn gebundeld in het boek *De vertwijfelde man en andere patiëntverhalen*. In dit artikel mag Operationeel één van zijn verhalen publiceren.

Tekst: Bert Baas

Tekeningen: Angelique van Voorst



Hoe het begon

In de middag van donderdag 4 augustus 1966 brak in de buurt van Rotterdam een ongekend noodweer los. In enkele minuten tijd kleurde de hemel donkerpaars, rukwinden kwamen uit het niets, takken werden

van de bomen gescheurd en een muur van regen zakte uit de lucht. Er kwam zo veel water naar beneden dat de weg overstroomde en het leek alsof de auto's op een rivier reden. Tien minuten eerder was het nog stralend zomerweer geweest. Ik was met mijn ouders op weg naar de verjaardag van mijn oma toen we door dit natuurgeweld werden overvallen. Een autorit van Oss naar Vlaardingen betekende in die tijd meer dan honderd kilometer hobbelen over tweebaanswegen, met op sommige plekken nog van die gladde kinderkopjes. Alleen bij Rotterdam lag een klein stukje autoweg met nieuw asfalt. Juist dat asfalt kon al het water niet aan. Ook onze nieuwe Ford Cortina met zijn karakteristieke stervormige achterlichten was niet gemaakt voor zo veel regen. Ondanks de zwoegende ruitenwissers kon je geen hand voor ogen zien. Mijn vader zat gespannen achter het stuur, niemand sprak. Het onweer zat pal boven ons; tussen de vurige vlammen die alle kanten opschoten en de schokgolven van de knallende donder zat geen enkele pauze meer. Ik was nog een jongen, van dertien jaar, en om mijn angst niet te voelen, luisterde ik op de achterbank van de auto aandachtig naar de muziek van



een piratenzender. Voor mijn verjaardag had ik een klein transistorradiootje gekregen, een voor die tijd heel bijzonder cadeau. In mijn oor klonk de Lovin' Spoonfull met 'Summer in the city'. Wanneer de bliksem de ontvangst verstoortte, hoorde ik alleen nog maar geknetter. De regen met het onweer versterkte het beklemmende begin van dat nummer.

En toen zagen we het: op zijn kant, tegen de vangrail, lag een auto. De wielen draaiden nog. Het licht uit de koplampen scheen schuin omhoog. Waarschijnlijk was het ongeluk net gebeurd. Mijn vader en ik waren er als eersten bij. Een man en zijn zoon zaten beklemd tussen het verwrongen staal;

voor hen konden we niets meer doen. Aan de andere kant van de auto lukte het ons om een vrouw en jong meisje uit het wrak te krijgen. In de tussentijd waren er meer auto's gestopt. Vrachtwagenchauffeurs haalden dekens uit hun cabines waarmee ze een soort tentje bouwden om de gewonden tegen de regen te beschermen. Niemand wist hoe we anders konden helpen. Uit een van de auto's kwam een man in regenjas rustig aangelopen; paraplu omhoog en de karakteristieke tas in de hand. 'Bent u dokter?', vroeg mijn moeder. De man knikte bevestigend.

'God zij dank.' Het kwam uit de grond van haar hart, opgelucht dat er nu iemand was die echt hulp kon bieden.

In het provisorisch gebouwde hutje lagen moeder en dochter in shock, toegedekt door dekens van de truckers. De dokter met zijn medicijntasje kon ook niet veel uitrichten. Het wachten was op andere hulp, maar die leek eindeloos lang weg te blijven. Wij waren teruggegaan naar onze auto waar mijn ouders hardop begonnen te bidden. Later in mijn werk zou ik vaker meemaken dat mensen in nood de behoefte krijgen om te bidden. Op de achterbank realiseerde ik me dat ik nooit meer 'Summer in the city' zou kunnen horen zonder aan die regen en het ongeluk te denken. Eindelijk hoorden we de eerste sirenes.

Die middag had ik voor het eerst de dood van zo dichtbij meegemaakt en ervaren hoe belangrijk medische hulp kan zijn. Onbewust zal de herinnering aan dat ongeluk hebben meegespeeld bij mijn keuze om geneeskunde te gaan studeren. Net zoals ik nooit ben vergeten hoe mijn moeder met onderdanige bewondering naar die dokter

opkeek. Maar uiteindelijk was het mijn eerste vriendinnetje dat de doorslag heeft gegeven. Vriendschap met een toekomstige arts kon er voor haar familie net mee door. Tussen ons beiden is het verder niets geworden, maar ik ben haar nog altijd dankbaar dat ze me de juiste richting op heeft gestuurd. Ik heb veel moeten leren om de dokter te worden die ik wilde zijn. Zeker in de begintijd van mijn studie ben ik mezelf wel tegengekomen, maar de levenslessen uit mijn opleidingstijd hebben altijd hun waarde behouden. In de eerste verhalen van deze bundel durf ik ze nu hardop te vertellen.

Op 17 november 1978 legde ik de eed van Hippocrates af om meteen daarna de oproep voor mijn militaire dienstplicht te ontvangen. Ik werd als arts geplaatst op de afdeling Longziekten van het Militair Hospitaal in Utrecht. Onervaren en met alleen beperkte theoretische kennis begon ik op die kleine afdeling. De kolonel-arts die mijn baas werd, heeft me de liefde voor het vak longgeneeskunde bijgebracht. Tuberculose was destijds nog een veel voorkomende besmettelijke ziekte en daarom werd van elke nieuwe rekrut een longfoto gemaakt. Op het einde van de middag kwam hij in zijn Mercedes van zijn privépraktijk naar het ziekenhuis gereden om samen met mij eindeloze rijen fotorollen 'weg te kijken'. In het schemerdonker zaten we voor de lichtkast naar foto's te turen terwijl hij de ene na de ander Lucky Strike rookte. Cynisch zei hij toen we bij een foto van een oudere beroepsmilitair een afwijking zagen die heel goed longkanker zou kunnen zijn: 'Dat zal ik ook wel krijgen.' Een paar jaar later was het inderdaad zover. Hij was als een vader voor mij die me vertrouwen gaf in mijn kunnen.

Op 1 februari 1980 kwam een opleidingsplaats vrij in het Radboudziekenhuis in Nijmegen. Ik had nog twee maanden dienst te gaan, maar om te voorkomen dat mijn plaats vergeven zou zijn, had ik geen andere keuze dan op dat moment te beginnen. De kolonel kneep een oogje dicht en zorgde ervoor dat ik die resterende tijd onopgemerkt uit het Militair Hospitaal weg kon blijven. Dat waren de enige maanden in mijn leven dat ik stiekem een tweede inkomen van de overheid heb ontvangen.

Na een vooropleiding algemene interne geneeskunde begon ik aan de opleiding tot longarts. Ik heb veel meegemaakt in die jaren en een aantal verhalen komen dan ook uit die tijd, maar de meeste van de later opgetekende patiëntverhalen komen uit de tijd dat ik als longarts werkte in een streekziekenhuis.

Als arts heb ik veel bijzondere mensen ontmoet, dat beschouw ik als een voorrecht. Ik heb mogen luisteren naar hun levensverhaal en een stukje van hun leven kunnen meemaken. De tijd dat we met elkaar konden optrekken was vaak te kort, zeker als de dood, die het altijd wint van de dokter, veel te vroeg kwam. Velen hebben me geïmponeerd door de manier waarop ze met hun ziekte omgingen, hoe groots ze konden sterven. Ik heb geleerd dat mensen vaak sterven zoals ze hebben geleefd. Elke patiënt heeft mij op zijn of haar eigen manier 'aangeraakt'. Het verhaal van sommigen heb ik opgeschreven, ook al is het de bedoeling dat niemand ze herkent.

De vertwijfelde man en andere patiëntverhalen

Auteur: Bert Baas

Uitgeverij: Komma.nl

ISBN: 978-90-831429-9-9

Prijs: € 24,95

Het boek is verkrijgbaar via de uitgever of te koop in de boekhandel.

Meer informatie over Bert Baas is te vinden op baaiscoaching.nl



DE VERTWIJFELDE MAN

*en andere
patiëntverhalen*

In de veertig jaar dat ik arts ben geweest heb ik veel ontmoetingen met patiënten gehad. Een stukje van hun leven ben ik met ze opgetrokken, daarna lieten we elkaar weer los. Wat blijft zijn de herinneringen: mooi en soms ook verdrietig, want het voorbij doet ook een beetje pijn.

Met sommige patiënten was er net die speciale verbondenheid. Hun levensverhaal raakte me of de wijze waarop ze met hun ziekte omgingen. Ik heb veel van ze kunnen leren.

Een paar van die bijzondere ontmoetingen heb ik opgeschreven en gebundeld.

BERT BAAS

Behandeling van malletvingers

een retrospectief cohortonderzoek

Bij een malletvinger (of hamervinger) kan de patiënt het topje van de vinger niet meer strekken. Dit komt doordat de pees is afgescheurd en soms ook een stukje bot is afgebroken. Máxima MC vergeleek de behandelresultaten van operatieve en conservatieve behandeling van malletvingers.

Tekst: drs. R. Jansen, semi-arts chirurgie; dr. R.G. Plomp, aios algemene en traumachirurgie; dr. L. Janssen, projectmanager onderzoek chirurgie; drs. P.V. van Eerten, (trauma)chirurg; dr. R.M.H. Roumen, chirurg.
Foto's: credit zie zijkant foto's



Foto: Shutterstock

Vinger in spalk.

Een malletvinger is een traumatisch letsel van de extensorpees in de vingertop, resulterend in onvermogen tot extenderen in het distale interphalangeale gewricht. Dit type letsel kan geïsoleerd voorkomen in de extensorpees (tendinogene mallet) of als een avulsiefractuur van de distale phalanx (ossale mallet) alwaar de extensorpees aanhecht.^{1,2}

De malletvinger is een van de meest voorkomende musculoskeletale handletsels, met een incidentie van 9,89 per 100.000.¹ Het letsel ontstaat meestal door een grote kracht op het uiteinde van de vinger, bijvoorbeeld tijdens het werk of bij (bal)sportactiviteiten. Dit treft vooral mannen, met een piekincidentie in de leeftijd van 20-50 jaar.^{1,2}

Huidige behandeling

De huidige behandeling voor malletvingers bestaat uit een conservatieve behandeling (in de vorm van immobilisatie in extensie door middel van een spalk) of een operatieve behandeling. Indicaties voor een operatieve behandeling bij ossale malletvingers in het algemeen zijn complexe malletvingers waarbij meer dan een derde van het gewrichtsoppervlak is betrokken of waarbij sprake is van een volaire subluxatie van de distale phalanx, die niet stabiel kan worden gereponeerd.³⁻⁶ De huidige richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie geeft aan dat dit alleen relatieve operatie-indicaties zijn en dat in principe kan worden volstaan met een spalkbehandeling, tenzij er een subluxatie van de distale phalanx optreedt.⁷ De richtlijn handfracturen en -luxaties van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde beschrijft echter nog steeds de eerdergenoemde indicaties.⁸ De meerderheid van de studies laat zien dat 91-98% van de patiënten die een

operatie ondergaan een uitstekende functionele uitkomst heeft.⁹ Echter, deze studies melden ook een opmerkelijk hoog aantal complicaties (41 tot 53%) zoals infecties, fractuurdislocaties, avasculaire necrose en incongruentie van het gewricht. Conservatieve behandeling wordt echter ook geassocieerd met complicaties (tot 45%), te weten ulceratie van de huid, maceratie en nageldeformiteiten.¹⁰

Eerdere studies

Vergelijkende studies en reviews laten weinig verschil zien in functionele uitkomst tussen de behandelingen. Echter, de meerderheid van deze studies schiet tekort in kwaliteit, bijvoorbeeld door een kleine en heterogene studiepopulatie, of door een groot aantal behandelopties en een gebrek aan randomisatie.^{3,6,11-13} Ook is onduidelijk wat de rol van de grootte van het gewrichtsoppervlak is in de indicatie voor de behandeling. Kortom, er bestaat vooralsnog weinig consensus over de optimale behandeling van ossale malletvingers.

Doel van deze studie

Het doel van deze studie is om de behandelresultaten van ossale en tendinogene malletvingers retrospectief te analyseren, waarbij de vergelijking wordt gemaakt tussen operatieve en

conservatieve behandeling van ossale malletvingers. Hierbij wordt gekeken naar verschillen met betrekking tot functionele uitkomst, complicaties en de grootte van het betrokken gewrichtsoppervlak bij de ossale malletvingers.

Methode

Alle patiënten van 18 jaar en ouder die van januari 2010 tot en met december 2019 zijn behandeld voor een ossale of tendinogene malletvinger in Máxima MC werden geïnceludeerd. Er werd gebruikgemaakt van een retrospectieve studieopzet, waarbij de volgende factoren werden bestudeerd: kenmerken van de patiënt, van het letsel (o.a. tendinogeen of ossaal) en van de behandeling (o.a. conservatief of operatief), complicaties en functionele uitkomst. In het geval van een ossale malletvinger werd de mate van betrokkenheid van het gewrichtsoppervlak opgemeten met behulp van de röntgenfoto's uit het dossier. Waar mogelijk werden aan de hand van de beschreven functionele uitkomsten in de dossiers de conservatieve malletvingers, zowel ossaal als tendinogeen, ingedeeld aan de hand van de Crawford criteria, die focussen op de mate van extensiebeperking en het al dan niet bestaan van een flexiëstand (zie tabel 1).¹⁴ Alle data werden geanalyseerd door middel van beschrijvende statistiek.

Tabel 1: Crawford-classificatie

CLASSIFICATION	CHARACTERISTICS
EXCELLENT	Normal DIP joint extension, normal flexion, no pain
GOOD	0-10° extension loss, normal flexion, no pain
FAIR	10-25° extension loss, any degree of flexion loss, no pain
POOR	>25° extension loss or persistent pain

Tabel 2: Demografische gegevens malletvingers Máxima MC 2010-2019

	n (%) [*]
Totaal	316
Leeftijd , mediaan (range)	55 (18-83)
Geslacht	
- Man	182 (58)
- Vrouw	134 (42)
Specialisme	
- (Trauma)chirurgie	173 (55)
- Plastische chirurgie	64 (20)
- Orthopedie	79 (25)
Aangedane digitus	
- Digitus 1	8 (3)
- Digitus 2	18 (6)
- Digitus 3	108 (34)
- Digitus 4	106 (34)
- Digitus 5	76 (24)
Aangedane zijde	
- Links	148 (47)
- Rechts	168 (53)

	n (%) [*]
Totaal	316
Tendinogeen	230 (73)
Geopereerd	4 (1)
Niet-geopereerd	226 (98)
Ossaal	69 (22)
Geopereerd	5 (7)
- Fragmentgrootte < 1/3	2 (3)
- Fragmentgrootte > 1/3	3 (4)
Niet-geopereerd	64 (93)
- Fragmentgrootte < 1/3	23 (33)
- Fragmentgrootte > 1/3	38 (55)
- Fragmentgrootte onbekend	3 (4)
Onbekend	17 (5)

* Getallen geven aantallen (percentages) weer, tenzij anders is aangegeven

Resultaten

Demografische gegevens

In tabel 2 staan de belangrijkste kenmerken van de onderzoekspopulatie weergegeven.

Operatieve behandeling

In totaal ondergingen slechts negen patiënten een operatie (tabel 3). De traumachirurg opereerde twee ossale malletvingers en één tendinogene. Voor de ossale malletvingers werden verschillende technieken gebruikt; eenmaal werd geopereerd door middel van een schroefosteosynthese en eenmaal door middel van fixatie met K-draad. De plastisch chirurg opereerde zes patiënten, waarvan drie ossale en drie tendinogene malletvingers, allen met K-draadfixatie. Eén van de ossale malletvingers werd niet geopereerd op de operatiekamer, maar werd op de Spoedeisende Hulp gefixeerd middels een groene naald.

Tabel 3: resultaten na operatieve behandeling van ossale en tendinogene malletvingers

Geslacht	Leeftijd	Specialisme*	Vinger	Grootte Gewrichts-oppervlak	Ingreep	Eerder met spalk behandeld	Rustpositie	Functie post-operatief	Complicaties post-operatief
<i>Ossale Malletvingers</i>									
M	26	Plast	Dig 5 (R)	< 1/3	Tenodermodese met K-draad	Ja	Onbekend	Onbekend	Geen
V	63	Plast	Dig 3 (L)	< 1/3	Tenodermodese met K-draad	Ja, 2x	Flexie	Extensie beperkt	Geen
M	68	Plast	Dig 2 (L)	≥ 1/3	Fixatie met groene naald	Nee	Minimale flexiestand	Onbekend	Geen
M	49	Trauma	Dig 4 (R)	≥ 1/3	Schroefosteosynthese van fragment	Nee	Onbekend	Onbekend	Geen
M	23	Trauma	Dig 5 (R)	≥ 1/3	K-draadfixatie	Nee	Normaal	Flexie beperkt	Geen
<i>Tendinogene Malletvingers</i>									
V	54	Plast	Dig 3 (L)	Nvt	Tenodermodese met K-draad	Ja, 2x	Normaal	Normaal	Geen
M	47	Plast	Dig 5 (L)	Nvt	Tenodermodese met K-draad	Ja	Normaal	Normaal	Geen
V	68	Plast	Dig 3 (R)	Nvt	Tenodermodese met K-draad	Ja	Flexie	Extensie beperkt	Geen
V	41	Trauma	Dig 5 (R)	Nvt	Tenodermodese met K-draad	Ja	Flexie	Onbekend	Pijn

*Plast = Plastische chirurgie; Trauma = Traumachirurgie.

Behandelresultaten na operatieve behandeling

Bij 3/9 patiënten werd een normale rustpositie verkregen, bij 4/9 patiënten was er na de operatie een (minimale) flexiestand en van 2/9 patiënten was de rustpositie postoperatief onbekend. De functie was bij 2/9 patiënten normaal, 2/9 patiënten had een extensiebeperking, bij één patiënt was flexie beperkt en bij 4/9 patiënten was de functie onbekend.

Complicaties na operatieve behandeling

Er werd één complicatie gemeld door de traumachirurg, namelijk persisterende pijn, bij een van de patiënten met een tendinogene malletvinger. De andere operaties waren ongecompliceerd.

Conservatieve behandeling

Er werden 307 patiënten conservatief behandeld met een spalk, waaronder 64 patiënten met een ossale malletvinger en 226 met een tendinogene malletvinger. Bij de meerderheid van de patiënten (210), zowel ossaal als tendinogeen, werd voldaan aan de minimale behandelduur van zes weken. Negen patiënten, allen met tendinogene malletvingers, droegen de spalk korter, vanwege discomfort ten gevolge van de spalk.

Behandelresultaten na conservatieve behandeling van ossale malletvingers

Ten aanzien van de stand van de vinger werd er bij de ossale malletvingers, na conservatieve behandeling, bij 22/64 patiënten (34%) een normale rustpositie verkregen. Bij 18/64 patiënten (28%) bleef een flexiestand aanwezig. Bij 24/64 patiënten (38%) werd geen resultaat genoteerd.

Ten aanzien van de functie verkregen 15/64 patiënten (23%) een normale range of motion. Bij 20/64 patiënten (31%) bleef een extensiebeperking aanwezig. Bij 3/64 patiënten (5%) bleek sprake van een geïsoleerde flexiebeperking. Bij één patiënt (2%) bleef zowel een flexie- als



Foto: Moritz Mentges/unsplash.com

Moker is de vertaling van mallet.

extensiebeperking. Bij 25 patiënten (39%) werd geen resultaat ten aanzien van functie genoteerd.

Bijna de helft van de patiënten heeft een zeer goed resultaat (excellent) en de andere helft een redelijk resultaat (fair) (tabel 4). Hierbij zijn nauwelijks verschillen tussen malletvingers met verschillende fragmentgroottes.

Tabel 4: Crawford-criteria na conservatieve behandeling

	Ossaal (N) $\geq 1/3$	Ossaal (N) $<1/3^*$	Tendinogeen (N)
Crawford criteria			
Excellent	12 (43%)	4 (40%)	37 (35%)
Good	2 (7%)	0	4 (4%)
Fair	13 (46%)	6 (60%)	61 (57%)
Poor	1 (4%)	0	5 (5%)
Subtotaal	28 (100%)	10 (100%)	107 (100%)
Onbekend	10 (26%*)	13 (41%*)	119 (51%**)

* van totaal aantal ossale malletvingers in deze kolom.

** van totaal aantal tendinogene malletvingers.

Behandelresultaten na conservatieve behandeling van tendinogene malletvingers

Ten aanzien van de stand van de vinger werd bij de tendinogene malletvingers, na conservatieve behandeling, bij 47/226 patiënten (21%) een normale rustpositie verkregen. Bij 65/226 patiënten (29%) bleef een flexiestand aanwezig. Bij één patiënt (0,5%) bleef de vinger in ulnaire deviatie staan. Bij een andere patiënt (0,5%) bleef de vinger in hyperextensie staan. Bij 106/226 patiënten (47%) werd geen resultaat genoteerd. Ten aanzien van de functie verkregen 44/226 patiënten (19%) een normale range of motion. Bij 64 patiënten (28%) bleef een extensiebeperking aanwezig. Bij 3 patiënten (1%) bleek sprake van een geïsoleerde flexiebeperking. Bij twee patiënten (1%) bleef zowel een flexie- als extensiebeperking. Meer dan de helft van de patiënten had volgens de Crawford-criteria een redelijk resultaat (tabel 4).

Samenvatting

Het doel van deze studie is het vergelijken van behandelresultaten van operatieve en conservatieve behandeling van ossale malletvingers. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen een fractuurfragment kleiner of groter dan een derde van het gewrichtsoppervlak. Het betreft een retrospectief dossieronderzoek naar patiënten die tussen 2010 en 2019 in Máxima MC zijn behandeld. Belangrijkste uitkomsten zijn complicaties en functionele uitkomst. Van de 316 malletvingers werden er slechts negen geopereerd en 307 werden conservatief behandeld. Hierdoor is een vergelijking tussen operatieve en conservatieve behandeling niet mogelijk. De conservatieve behandeling van ossale malletvingers zonder sublaxatie laat, ongeacht de grootte van het fractuurfragment ten opzichte van het gewrichtsvlak, een vergelijkbaar resultaat zien.

Complicaties na conservatieve behandeling

Er traden bij 19/307 patiënten (6%) complicaties op, bestaande uit huidaandoeningen: achtmaal maceratie, vijfmaal intertrigo, eenmaal decubitus en vijfmaal persistente pijn.

Discussie

Deze studie toont dat de conservatieve behandeling eerste keuze is geweest in de meeste gevallen van ossale malletvingers in Máxima MC.

Ossale malletvingers

De indicatie voor operatieve behandeling van ossale malletvingers, bij betrokkenheid van een derde of meer van het gewrichtsoppervlak, werd hierbij grotendeels niet gehandhaafd. Dit had overwogen kunnen worden bij 38/69 (55%) van de ossale malletvingers. Daarbij werden er ook twee malletvingers geopereerd die niet aan deze indicatie voldeden, met een avulsiefragment dat kleiner was dan een derde.

Met een dermate kleine groep patiënten met een operatieve behandeling kan geen uitspraak worden gedaan over het verschil tussen conservatieve en operatieve behandeling. Echter, de resultaten van de conservatieve groep konden wel worden bestudeerd. De verwachting was dat de ossale malletvingers met een fractuurgrootte groter dan een derde slechter af zouden zijn met spalkbehandeling dan de malletvingers met een fractuurgrootte kleiner dan een derde. Dit lijkt voornamelijk niet het geval, de resultaten waren in beide groepen vergelijkbaar (tabel 4).

In de literatuur zijn extensiebeperkingen gerapporteerd na conservatieve behandeling van gemiddeld 7,6 graden, corresponderend met de categorie good in de Crawford-criteria.^{15, 16}

In Máxima MC had 50% van de ossale malletvingers met fragmentgrootte groter dan een derde de classificatie good of zelfs excellent. Verder ontstond bij slechts één van de geopereerde patiënten een complicatie, persistente pijn. In de literatuur wordt een complicatiepercentage genoemd van tenminste 14,5%.¹⁵ Verder zijn er in de literatuur ernstige postoperatieve complicaties zoals infecties, fractuurdislocaties, avasculaire necrose en incongruentie beschreven.^{10, 13, 15} Deze werden in onze studiepopulatie niet gevonden. De operatie-indicatie van de Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie (subluxatie van de distale phalanx) werd in deze studiepopulatie niet aangetroffen of beschreven.

Tendinogene malletvingers

Met betrekking tot de tendinogene mallets gold dat het overgrote deel (57%) een redelijke functionele uitkomst had na conservatieve behandeling passend bij de categorie fair van de Crawford-criteria. Het is opvallend dat er vier tendinogene mallets geopereerd zijn, terwijl deze in principe conservatief behandeld worden.



Foto: Shutterstock

Malletvinger na operatie.

In deze gevallen gebeurde dit op wens van de patiënt na een onsuccesvolle conservatieve behandeling.

Limitaties

Doordat dit een retrospectief dossieronderzoek betreft, blijft een relatief groot gedeelte van de resultaten onbekend. Zo werd ten aanzien van de functionele uitkomst vaak wel beschreven of er een extensiebeperking was, maar deze werd niet in graden gekwantificeerd, waardoor het categoriseren naar Crawford-criteria mogelijk minder accuraat was. Ook de precieze besluitvorming rondom indicatie kon vaak niet worden herleid.

Een aantal tendinogene mallets werd later in het traject doorgestuurd naar een plastisch chirurg in een gespecialiseerd handencentrum. De uitkomsten van het handencentrum konden niet worden meegenomen in deze studie, omdat hun data niet beschikbaar waren vanuit het elektronisch patiëntensysteem van Máxima MC.

Conclusie en aanbeveling

Ondanks de beperkte (operatieve) data kan voorzichtig de conclusie worden getrokken dat de conservatieve behandeling van ossale malletvingers zonder subluxatie, zowel met kleine fractuurfragmenten (kleiner dan een derde van het gewrichtsoppervlak) als grotere fractuurfragmenten (meer dan een derde van het gewrichtsoppervlak) een redelijk behandelresultaat geven. In deze studie zijn onvoldoende aantallen om een uitspraak te doen over de operatieve behandeling van ossale malletvingers. Er dient meer onderzoek gedaan te worden naar functionele uitkomst en complicatierisico bij ossale malletvingers. Door middel van bijvoorbeeld een non-inferioritystudie of een snapshotstudie, zou onderzocht kunnen worden of er überhaupt nog plaats is voor een operatieve behandeling bij ossale malletvingers zonder subluxatie.

Wat het onderzoek toevoegt aan bestaande kennis

Ossale malletvingers zonder subluxatie worden in Máxima MC bijna altijd conservatief behandeld. Dit leidt tot redelijke behandelresultaten, die onafhankelijk zijn van de grootte van het betrokken gewrichtsoppervlak.

Dankwoord

Bij dezen willen wij graag de orthopedisch chirurgen en plastisch chirurgen bedanken voor de data die wij uit deze vakgroepen konden meenemen in de studie.

Literatuur

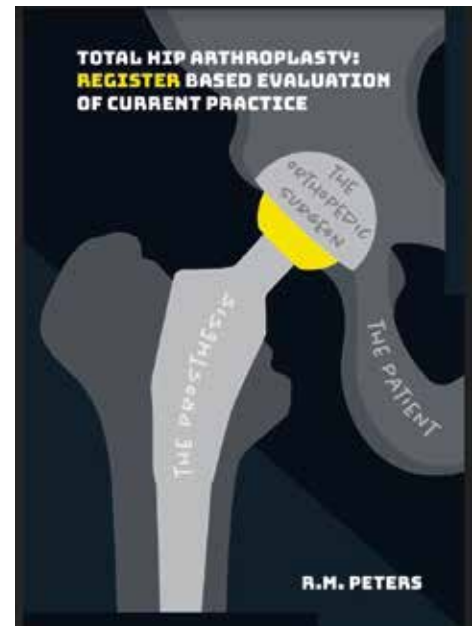
1. Clayton, RA, Court-Brown CM. The epidemiology of musculoskeletal tendinous and ligamentous injuries. *Injury*, 2008;39:1338-44.
2. Lamaris, GA, Matthew MK. The Diagnosis and Management of Mallet Finger Injuries. *Hand (NY)*, 2017;12:223-228.
3. Alla, SR, Deal ND, Dempsey JJ. Current concepts: mallet finger. *Hand (NY)*, 2014;9:138-44.
4. Geyman JP, Fink K, Sullivan SD. Conservative versus surgical treatment of mallet finger: a pooled quantitative literature evaluation. *J Am Board Fam Pract*, 1998;11:382-90.
5. Smit JM, Beets MR, Zeebregts CJ, Rood A, Welters CFM. Treatment options for mallet finger: a review. *Plast Reconstr Surg*, 2010;126:1624-9.
6. Wehbe MA, Schneider LH. Mallet fractures. *J Bone Joint Surg Am*, 1984;66:658-69.
7. Protocol Mallet Finger. 2020, Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie.
8. Richtlijn handfracturen. 2018.
9. Fritz D, Lutz M, Arora R, Gabl M, Wambacher M, Pechlaner S. Delayed single Kirschner wire compression technique for mallet fracture. *J Hand Surg Br*, 2005;30:180-4.
10. Stern PJ, Kastrup JJ. Complications and prognosis of treatment of mallet finger. *J Hand Surg Am*, 1988;13:329-34.
11. Clement R, Wray RC Jr. Operative and nonoperative treatment of mallet finger. *Ann Plast Surg*, 1986;16:136-41.
12. Groebli Y, Riedo L, Della Santa D, Marti MC. Mallet fractures. *Ann Chir Main*, 1987;6:98-108.
13. Gurnani N, Hoogendoorn J, Rhemrev S. [Mallet finger: surgery versus splinting]. *Ned Tijdschr Geneesk*, 2014;158:A6941.
14. Crawford GP. The molded polythene splint for mallet finger deformities. *J Hand Surg Am*, 1984;9:231-7.
15. Lin JS, Samora JB. Surgical and Nonsurgical Management of Mallet Finger: A Systematic Review. *J Hand Surg Am*, 2018;43:146-163 e2.
16. Batibay SG, Akgul T, Bayram S, Ayik O, Durmaz H. Conservative management equally effective to new suture anchor technique for acute mallet finger deformity: A prospective randomized clinical trial. *J Hand Ther*, 2018;31: 429-436.

Totale nieuwe heup

Het risico op revisie van een totale nieuwe heupprothese op middellange termijn is significant lager voor heupprothesen met een articulatie bestaande uit keramiek-op-highly-crosslinkedpolyethyleen, keramiek-op-keramiek en geoxideerd-zirkonium-op-highlycrosslinked-polyethyleen vergeleken met traditioneel metaal-op-polyethyleen. Dit is één van de uitkomsten in het proefschrift van aios orthopedie Rinne Peters (UMCG) *Total hip arthroplasty: register based evaluation of current practice*.

De totale heupprothese (THP) is een van de meest succesvolle behandelingen binnen de orthopedie. De procedure leidt in veel gevallen tot een reductie van pijn en een verbetering van kwaliteit van leven bij patiënten met invaliderende artrose van het heupgewricht. Nationale implantaatregisters hebben in belangrijke mate bijgedragen aan de ontwikkeling en kwaliteitsverbetering van de zorg voor deze patiëntengroep. Aanvankelijk

werden nationale protheseregisters, zoals het Landelijk Register Orthopedische Implantaten (LROI), gebruikt als veiligheidsinstrument met een post-market surveillancefunctie voor langdurige monitoring van geplaatste implantaten. Naarmate de hoeveelheid verzamelde gegevens werd uitgebreid, veranderden de functie en het doel van de registers geleidelijk. Tegenwoordig hebben deze registers, naast veiligheid, ook een belangrijke wetenschappelijke functie. Het resultaat van de procedure kan niet alleen worden gekoppeld aan eigenschappen van de geplaatste prothese, maar ook aan patiëntkenmerken en chirurgische factoren. Door registratie van door de patiënt ervaren uitkomsten (patient-reported outcome measures, PROMs) kunnen de uitkomsten van de THP worden beschreven, met als uitkomstmaat fysiek functioneren en kwaliteit van leven. Peters onderzocht determinanten die van invloed zijn op de uitkomst bij patiënten met een primaire THP.



De hoofddoelstelling was het identificeren van factoren die geassocieerd zijn met een verbeterde langetermijnoverleving en PROMs na het plaatsen van een primaire THP in Nederland op basis van data uit de LROI.

Informed consent en goede begeleiding helpen patiënten

Goed geïnformeerde patiënten zijn tevredener, zelfs als zich complicaties of problemen voordoen tijdens het herstel na een operatie. Patiënten die intensief begeleid zijn, zullen ook minder snel een civiele of tuchtrechtelijke klacht indienen. Dat concludeert chirurg Wouter Leclercq van Máxima MC (MMC) na zijn promotieonderzoek¹ aan de Universiteit van Maastricht.

Om toestemming te verlenen voor een behandeling, heeft een patiënt vóór de operatie goede informatie nodig, *informed consent*. Welke complicaties kunnen zich bijvoorbeeld voordoen? Wat zijn de langetermijneffecten van een operatie? En door wie wordt de patiënt geopereerd? 'Als we patiënten hier optimaal over voorlichten, hebben ze waarschijnlijk realistischere verwachtingen van hun operatie en de daarbij behorende risico's', vertelt chirurg Wouter Leclercq. 'Zo kunnen ze een weloverwogen beslissing nemen over de

ingreep. Ook zal het herstel door optimale informatievoorziening sneller zijn doordat patiënten beter weten wat kan en mag.'

Hogere tevredenheid, minder klachten

Om meer inzicht te krijgen in de status rondom *informed consent*, ondervroeg Leclercq chirurgen naar hun kennis op dit gebied. Ook onderzocht hij enkele hulpmiddelen om patiënten en chirurgen makkelijk door dit voorlichtingsproces te leiden. Volgens Leclercq is het belangrijk om dit proces te optimaliseren. 'Uit onderzoek komt namelijk naar voren dat de algemene tevredenheid en de verwachtingen van patiënten op die manier verbeterd worden en dat het aantal klachten wordt verminderd. Hiervoor wordt onder andere scholing voor professionals aanbevolen. Ook hebben chirurgen in opleiding (meer) training nodig om bewustzijn en vaardigheden binnen dit proces te ontwikkelen.' Daarbij stelt hij een nieuwe leidraad voor die chirurgen

en patiënten op een ideale manier door het voorlichtingsproces kan leiden en kan zorgen voor een nauwkeurige notitie in het patiëntendossier. Deze notities kunnen vervolgens meteen aan de patiënt worden uitgereikt.

App

Daarnaast analyseerde Leclercq de effectiviteit van e-health om patiënten te ondersteunen tijdens hun herstel rondom een buikoperatie. Denk hierbij aan een app waarin de patiënt een gepersonaliseerd herstelplan vindt. In dit herstelplan staat wanneer hij zijn dagelijkse activiteiten (naar verwachting) weer mag uitvoeren. 'De resultaten van deze studie tonen aan dat de inzet van e-health bij dit soort operaties helpt. Het zorgt voor een sneller herstel en het sneller kunnen hervatten van alledaagse activiteiten in vergelijking met reguliere nazorg. Geadviseerd wordt dan ook om e-health bij deze buikoperaties in te voeren.'

¹ *Maximizing the quality of perioperative patient counselling. Surgical informed consent and postoperative e-health in present day surgical care.*

In één keer raak, ook bij moeilijke prikkers

Bij sommige patiënten is het aanbrengen van een infuus voor een operatie een pijnlijke en lastige aangelegenheid. Cardio-anesthesiemedewerker Rick van Loon van het Catharina Ziekenhuis (Eindhoven) ontwikkelde een techniek die het slagingspercentage spectaculair verbeterd. Na een training en met behulp van echografie kunnen ook niet-specialisten zich bekwaamen in deze techniek. Van Loon promoveerde dit najaar aan de Technische Universiteit Eindhoven met zijn thesis *Difficult peripheral intravenous cannulation – decision-based application of point-of-care ultrasound to increase cannulation success*.

Het is een terugkerend probleem op de werkvloer van een ziekenhuis: het misprikken van infuusnaalden. In 19 procent van de gevallen lukt het de eerste keer niet om een infuus aan te brengen, omdat de patiënten zogenoemde 'moeilijke aders' hebben. Van Loon toonde aan dat met behulp van echografie dat percentage kan worden teruggebracht tot zeven procent. 'Met een echomachine kan als het ware onder de huid van de arm worden gekeken en kunnen aders die met het blote oog onzichtbaar zijn worden opgespoord. Anders worden dan zichtbaar op de

monitor van de echografiemachine, waardoor een infuusnaald gericht naar de ader kan worden gestuurd.'

Angst en stress bij patiënten

Om te bepalen of een patiënt makkelijk of moeilijk te prikken is, ontwikkelde Van Loon eerst een model om vooraf het individuele risicoprofiel van een patiënt vast te kunnen stellen: het adult difficult intravenous access (A-DIVA)-model. Dit model wordt inmiddels ook in andere ziekenhuizen ingezet. Met de A-DIVA-schaal worden patiënten ingedeeld op basis van hun individuele risico op misprikken. Van Loon: 'We onderscheiden drie categorieën. Laag-, gemiddeld- en hoogrisicopatiënten. Met name in die laatste groep is de succeskans tijdens de eerste poging laag, slechts 6 procent.' Uit onderzoek blijkt ook dat die patiënten vaak extra angst en stress ervaren bovenop de angst en stress die ze al hebben voor de operatie in het ziekenhuis. De onderzoeker heeft goed nieuws voor deze patiëntengroep: 'Door mijn aanpak hebben we het slagingspercentage van 6 naar 94 procent kunnen brengen. Een spectaculaire verbetering!'

Nieuwe behandeling voor patiënten met vulvakanker nabij

Voor een deel van de patiënten met vulva- of schaamlipkanker is een nieuwe behandeling met bestraling een goed alternatief voor de huidige behandeling, waarbij alle lymfeklieren verwijderd worden. De nieuwe behandeling kent veel minder bijwerkingen. Dit blijkt uit een studie van een internationaal consortium onder leiding van het UMC Groningen dat is gepubliceerd in *Journal of Clinical Oncology*¹.

Bij patiënten met vulva- of schaamlipkanker is de standaardbehandeling het verwijderen van de tumor. Bij tumoren kleiner dan vier centimeter wordt de zogenaamde schildwachtklierprocedure verricht: een operatie waarbij niet alle lymfeklieren, maar alleen de eerste lymfeklierstations uit de lies of liezen worden verwijderd. Wanneer de schildwachtklier een uitzaaiing bevat, worden tijdens een tweede operatie alle lymfeklieren

uit de lies of liezen verwijderd. Deze ingreep gaat gepaard met veel bijwerkingen op zowel de korte als de lange termijn. Denk aan wondgenezingsproblemen, infecties en lymfoedeem van de benen.

Nieuwe behandeling

Uit het onderzoek blijkt nu dat voor patiënten met een uitzaaiing kleiner dan 2 millimeter de behandeling met bestraling een goed alternatief is voor de operatie waarbij alle lymfeklieren verwijderd worden. De patiënten die deze behandeling ondergingen hebben minder bijwerkingen van de behandeling, terwijl de resultaten van de behandeling gelijk zijn aan de resultaten van de huidige behandeling. Voor patiënten met een uitzaaiing in de schildwachtklier groter dan 2 millimeter was alleen bestraling onvoldoende. Voor

CHIRURGISCH NIEUWS

Tekst: Ingrid Lutke Schipholt



Specifieke training ontwikkeld

'Als blijkt dat een patiënt moeilijk te prikken is, kun je iemand vragen die meer ervaring heeft om te prikken. Vaak werd een patiënt dan naar de operatiekamer gebracht om een anesthesist het infuus aan te laten brengen', legt Van Loon uit. Zo'n procedure is inefficiënt, logistiek ingewikkeld en zorgt voor hogere kosten. Daarom ontwikkelde hij met succes een training voor anesthesiemedewerkers en verpleegkundigen om echografie bij het prikken te kunnen toepassen. Uit onderzoek blijkt dat na 34 gesuperviseerde echogeleide procedures de deelnemers in staat zijn om in meer dan 90 procent van de gevallen de eerste prik poging succesvol te laten zijn. 'Een steile leercurve dus, die snel doorlopen kan worden.' Van Loon hoopt dat zijn onderzoek ertoe bijdraagt dat het misprikken van patiënten steeds minder vaak voorkomt. 'Honderd procent zal niet gehaald worden, maar elke verbetering op dit vlak is van grote meerwaarde voor onze patiënten.'



Foto: Lina Troches/Unsplash.com

deze patiënten start het UMCG een vervolgonderzoek om te kijken of een behandeling van bestraling in combinatie met chemotherapie uitkomst biedt. 'Voor de patiënten is dit geweldig nieuws', zegt UMCG-onderzoeker Maaïke Oonk, die samen met Ate van der Zee het onderzoek leidde. 'Bij de huidige behandeling is de kans op bijwerkingen erg groot. Deze nieuwe behandeling is een enorme stap voorwaarts. Wij verwachten dat deze snel de nieuwe standaard zal worden. Dat is nu de volgende stap.'

¹ DOI: 10.1200/JCO.21.00006 *Journal of Clinical Oncology*
Published online August 25, 2021.

Behandeling van basaalcelcarcinoom kan soms wachten



Basaalcelkanker, de meest voorkomende vorm van huidkanker, hoeft niet altijd direct chirurgisch behandeld te worden. Het zogenaamde 'waakzaam wachten' kan voor sommige patiënten een goede optie zijn. De tumor wordt daarbij niet direct verwijderd, maar wel regelmatig door een arts gecontroleerd. Een en ander blijkt uit een publicatie in *JAMA Dermatology* van onderzoekers Satish Lubeek en Marieke van Winden van het Radboudumc.

Basaalcelcarcinoom ontstaat vooral bij oudere patiënten met een lichte huidskleur. Meestal op lichaamsdelen die veel in de zon komen, zoals het hoofd en de hals, maar ook bijvoorbeeld op de romp. Per jaar krijgen vele tienduizenden patiënten in Nederland een basaalcelcarcinoom. Deze huidkanker groeit langzaam, zaait zich zelden uit en is nagenoeg nooit levensbedreigend. De behandeling is

relatief simpel: het verwijderen van de tumor. Dat is goedkoop en brengt weinig risico met zich mee. Waarom zou je dan willen wachten met behandelen?

'Mensen hebben verschillende redenen om niet meteen een operatie te plannen', antwoordt Marieke van Winden, dermatoloog in opleiding in het Radboudumc en eerste auteur van het artikel. 'Bijvoorbeeld vanwege een korte levensverwachting of een zwakke gezondheid. Ook geeft een tumor soms weinig klachten en groeit hij heel langzaam, of mensen zijn bang voor de belasting en de nasleep van een behandeling. Maar tot nu toe was er weinig bekend over de gevolgen van afwachten, waardoor dermatologen moeilijk advies kunnen geven. Dit hebben wij nu onderzocht.'

Samen beslissen

Voor de studie volgde het onderzoeksteam 89 patiënten met in totaal 280 tumoren. Elke drie maanden kwamen de patiënten voor controle. Soms besloten arts en patiënt samen om de tumor alsnog weg te halen. Dat gebeurde gemiddeld na zeven maanden. Dat kon in bijna alle gevallen nog op precies dezelfde manier als aan de start van het traject, ook als de tumor iets gegroeid was. Vooral bij bepaalde subtypes van het basaalcelcarcinoom kunnen artsen afwachten of afzien van behandeling

vaker overwegen: de nodulaire en superficiële basaalceltumoren. In dit onderzoek bleken deze tumoren gemiddeld maar 1 millimeter per jaar te groeien. Daarmee lijken ze een goede kandidaat voor waakzaam wachten.

De keuze voor wel of niet direct behandelen is volgens Van Winden een goed voorbeeld van gepersonaliseerde zorg. 'Een arts maakt de overweging: wat zijn de consequenties van 1 tot 2 millimeter groei per jaar? Het maakt daarbij uit waar de tumor zit. Bij een oog kan 1 millimeter groei al veel zijn, terwijl dat op de rug vaak weinig uitmaakt. Ook beslist een arts altijd samen met de patiënt. Sommige mensen willen dat je een tumor zo snel mogelijk verwijdert. Een ander zegt: "Moet dat allemaal nog op mijn leeftijd?", en wil liever wachten. Zo komen we samen tot betaalbare en zinnige zorg.'

Verstandige afwegingen

Waakzaam wachten staat al als strategie in richtlijnen en aanbevelingen voor prostaatkanker. Ook voor andere soorten kanker is het in opkomst, maar nog niet voor basaalcelkanker. Van Winden: 'Terwijl deze kanker zich vanwege de locatie op de huid juist heel goed leent voor gemakkelijke controle. Deze studie vormt hopelijk een beginpunt voor waakzaam wachten als strategie. We moeten nog een grotere vervolgstudie doen en de ontwikkeling van richtlijnen kost veel tijd. Maar voor dit type tumoren zie ik een toekomst waarbij we soms op basis van verstandige afwegingen kunnen afzien van behandeling.'

Donorledematen langer houdbaar door verbeterde bewaarstechniek

Maartje Bijl was twee jaar geleden in het Radboudumc de eerste persoon in Nederland die twee nieuwe handen kreeg. Een grote uitdaging bij zo'n operatie is het bewaren van de gedoneerde weefsels. Plastisch chirurg in opleiding Anne Sophie Kruit promoveerde vorige maand op de ontwikkeling van een nieuwe bewaarstechniek waarmee handen zeker drie keer zo lang houdbaar zijn. Haar werk droeg ook bij aan de operatie van Maartje.

Maartje Bijl (46) kan weer schrijven en de trapleuning vasthouden. Ze verloor in 2014 haar beide handen en voeten na een bacteriële infectie. Twee jaar geleden kreeg ze in het Radboudumc twee nieuwe handen van een

donor. De nieuwe handen voelden direct vertrouwd. Na een lange revalidatie kan Maartje nu weer zelfstandig leven.

Een operatie als die van Maartje is een enorme uitdaging. De chirurgen oefenden uitvoerig op armen van mensen die hun lichaam ter beschikking stelden aan de wetenschap. Ook printten ze speciale mallen met een 3D printer. Dat kon in alle rust worden voorbereid, maar toen het telefoontje kwam over beschikbare donorarmen, schakelde iedereen direct in de hoogste versnelling. Want waar een transplantatie in Amerikaanse ziekenhuisseries altijd net goed gaat dankzij het knappe stuurwerk van de ambulancebroeder en de sprint van de dokter, gaat het in de praktijk ook wel eens mis.

Smeltend ijs

'Het is een strijd tegen de tijd', vertelt Anne Sophie Kruit, plastisch chirurg in opleiding in het Radboudumc. 'De standaardprocedure is nog altijd koelen op smeltend ijs. Een stuk huid blijft op die manier ongeveer een etmaal bruikbaar voor transplantatie, maar weefsels waar spieren in zitten lopen snel schade op. Spieren hebben veel zuurstof en voedingsstoffen nodig en beschadigen dus ook sneller. Op ijs blijft weefsel met spieren maar ongeveer zes uur goed.'

Dat is erg kort voor een handtransplantatie. De hele operatie van Maartje duurde 24 uur, waarbij het vastmaken van de ene hand bijna zes uur en van de andere zelfs negen uur in beslag nam. En dan hebben de donorhanden ook nog reistijd van donor naar ontvanger. 'Hoe langer het duurt voordat een orgaan is aangesloten,

hoe kleiner de kans op een succesvolle transplantatie. De schade die ontstaat in het weefsel tijdens het bewaren vergroot bovendien de kans op afstoting. De ingreep is heel heftig voor een patiënt en je wilt de kans op afstoting zo klein mogelijk maken.'

Energiedrank

Kruit deed promotieonderzoek naar een nieuwe bewaarstechniek en laat zien dat spieren en ledematen daarmee minstens achttien uur houdbaar zijn. Een enorme winst vergeleken met zes uur op ijs. Bij de nieuwe techniek sluiten artsen de donororganen of ledematen direct na het verwijderen aan op een aangepaste mini hart-longmachine. Die pompt een speciale bewaarvloeistof door het weefsel, een soort 'energiedrank' met zuurstof en voedingsstoffen. Deze techniek is al de standaard voor lever- en niertransplantaties, maar voor het gebruik bij ledematen waren veel aanpassingen nodig.

De mini hart-longmachine is nog niet gebruikt bij de operatie van Maartje, maar de bewaarvloeistof wel. 'Het was twee jaar

geleden nog te spannend om de eerste dubbele handtransplantatie te combineren met de nieuwe bewaarstechniek, maar in de toekomst willen we de machine zeker gaan inzetten. We willen daarbij toe naar een handzaam apparaat op een trolleykarretje dat qua formaat ook prima mee kan in de ambulance.'

Nieuwe standaard

Promotor professor Dietmar Ulrich, hoofd van de afdeling Plastische Chirurgie, ziet een mooie toekomst voor de techniek van spoelen met de mini hart-longmachine: 'Deze techniek zal de wereld van de plastische chirurgie veranderen. Eerder moesten we binnen zes uur transplanteren, nu hebben we achttien uur de tijd. Ik verwacht dat het aansluiten van ledematen op de mini hart-longmachine over tien jaar wereldwijd de standaardtechniek is voor transplantaties.'

Daarnaast ziet Ulrich ook nog andere toepassingen voor de techniek: 'Denk bijvoorbeeld aan iemand die een been verliest tijdens een ongeluk. Soms kun je



Foto: Shutterstock

dat been niet direct terugplaatsen, omdat de persoon niet fit genoeg is voor een langdurige operatie. Maar een dag later lukt het misschien wel. Dan is het heel fijn als dat been in goede staat blijft. Ook kan de techniek nuttig zijn als je weefsels verplaatst binnen een patiënt, zoals bij een borstreconstructie uit buikweefsel. Bij complicaties, zoals stolselvorming, geeft deze techniek meer tijd om dat eerst op te lossen voordat je verder gaat.'



Cartoon: Marc-Jan Janssen

Met de A-DIVA-schaal worden patiënten ingedeeld op basis van hun individuele risico op misprikken. Zie In één keer raak, ook bij moeilijke prikkers.

Ondernemende chirurg brengt debuutroman uit



Foto: Abdelali Bentohami

De Marokkaanse Amsterdammer, chirurg, ondernemer en filantroop Abdelali Bentohami is sinds kort ook schrijver. Met zijn debuutroman *De wolf van Askram* neemt hij zijn lezers mee in een avontuur van een Amsterdamse Marokkaan. Een voorpublicatie.

Tekst: Abdelali Bentohami

Bentohami sprak met een gerenommeerd uitgever over zijn debuutroman. Het boek was bij lange na nog niet af, maar de uitgever zag er meteen al geen brood in, hij vond het verhaal te clichématig. 'Het kwam erop neer dat de uitgever liever iets controversieels wilde. Boeken die stof doen opwaaien, want dat blijkt een beproefd concept. In zijn stal zitten veel auteurs met een Marokkaanse of Turkse achtergrond die hun nest hadden bevuild en goed verkochten', vertelt Bentohami. Hij vond zijn verhaal desondanks zeker de moeite waard om gedeeld te worden. Daarom startte hij zijn eigen uitgeverij: Bento Uitgevers: 'Soms moet je even omrijden om toch bij je bestemming te komen.'

Chadli Skarmi

Het verhaal gaat over Chadli Skarmi, een geboren en getogen Amsterdammer. Hij blinkt niet alleen uit op school, maar is ook een groot voetbaltalent. De toekomst lacht hem toe, maar hij worstelt met het feit dat hij continu in de schaduw van zijn succesvolle vader moet leven. Met een vwo-diploma en een contract voor vijf jaar bij Ajax op zak, zoekt hij zijn grootouders op in Askram, een dorp in het Marokkaanse Rifgebergte. Chadli's voornemen om in Askram tot rust te komen na een hectisch examenjaar, ontarda echter in een huiveringwekkend avontuur.

"Het was precies elf uur in de ochtend toen ik wakker werd van een licht geruis. Het was het geluid van de plafondventilator. In de verte klonk het vertrouwde geluid van een balkende ezel. Tegen het raam gonsden twee horzels. Terwijl ik langzaam ontwaakte, drongen de geluiden van het platteland en de wonderbare rust van dit slapende dorp langzaam maar heerlijk tot me door. Na de meest hectische periode van mijn leven was ik de avond ervoor neergestreken bij mijn grootouders in Askram, hun geboortedorp. Het heeft nog geen vijfhonderd inwoners en het lijkt alsof de tijd

er heeft stilgestaan. Askram ligt verscholen in het Bokkoyas-gebergte in het Al Hoceima National Park, een bijna vijfhonderd vierkante kilometer groot beschermd natuurgebied, dat gevangen ligt tussen de Middellandse Zeekust en de nationale weg N16. Het dichtstbijzijnde stadje is Rouadi, bekend om de kleine, maar karakteristieke en kleurrijke zondagsmarkt. Op dertig kilometer ligt Al Hoceima, een havenstadje aan de Middellandse Zee met een kleine honderdduizend inwoners. De zonscheen weifelend, alsof ze nog niet zeker

'Een roman die zeker ook over religie, politiek en sociale problematiek gaat, maar onderhuids en niet zo schreeuwerig'

was van de tijd. Door de open deur drong een geur van ochtend en bloemen binnen. Toen die van versgezette koffie erbij kwam, besloot ik maar eens op te staan. Ik ging op de bedrand zitten om eerst even te recupereren. Een tijdje staarde ik naar een scheef geplaatst stopcontact, een typisch verschijnsel dat ik vaker in Marokko had gezien. Eronder stond mijn nog ongeopende koffer. Ik rekte me uit en stond op. Mijn oma had me blijkbaar gehoord en riep naar boven of ik kwam ontbijten. Oma was inmiddels dik in de zeventig. Haar hele leven stond in het teken van anderen. Eerst de zorg voor haar kinderen en nu ook voor haar kleinkinderen.

'Ja, oma. Ik kom zo naar beneden.'

'Als je wilt douchen, de handdoeken liggen in de kast.'

De eikenhouten kast, waarvan de spiegel geel was geworden, ademde nostalgie. Hij stond hier al zolang ik me kon heugen. Als kind was dit de ideale schuilplek als we verstoppertje speelden. Niemand kon me vinden en ik kon stiekem door het sleutelgat gluren. De kast geurde nog steeds naar eikenhout, een geur

die nog lekkerder is dan die van frituur als je echt honger hebt. In de kast lagen stapels keurig opgevouwen handdoeken. Dat was wel aan oma toevertrouwd. De huishouding voerde ze uit met chirurgische precisie. In een ander leven was mijn oma dan ook vast en zeker, net als mijn vader, chirurg geworden. Met een handdoek over mijn rechterschouder liep ik naar de badkamer. Het huis was niet zo lang geleden volledig gerenoveerd, dus op de gang moest ik eerst even zoeken naar de nieuwe badkamer. Het was altijd mijn

vaders wens geweest om een droompaleis in Askram te hebben. Mijn moeder had liever een villa in Zuid-Frankrijk of Spanje gewild, maar dat vond hij maar niets. Mijn vader, een geboren en getogen Amsterdammer, ervoer een ondoorgroendelijke en haast onbegrijpelijke verbondenheid met Askram. Hij wilde hier ook begraven worden.

'Dan is de cirkel rond', had ik hem wel eens in een televisie-interview horen zeggen.

De liefde voor dit dorp probeerde hij er ook bij mij in te rammen. Elke zomer moest en zou ik met hem naar Askram gaan. Ik vond dat verschrikkelijke vakanties. Het dorp met zijn rust, natuur en ruimte stond in schril contrast met het bruisende leven van Amsterdam. Als kind kon ik maar niet wennen. Zodra we in Askram arriveerden, kreeg ik heimwee naar Amsterdam. In die stad had mijn tedere moeder me onder het hart gedragen en hadden mijn wieg en bakermat gestaan. De banden die ik met Amsterdam had, waren bijna heilig en onbreekbaar. Askram was slechts het geboortedorp van opa en oma, dat zij overigens al op jonge leeftijd hadden verruild voor Amsterdam.



Foto: Darren Welsh/unsplash.com

Over de De Wolf van Askram: De hoofdpersoon Chadli Skarmi, zoekt zijn grootouders op in Askram, een dorp in het Marokkaanse Rifgebergte. Chadli's voornemen om in Askram tot rust te komen na een hectisch examenjaar, ontardt in een huiveringwekkend avontuur.

De afgelopen tijd was er iets veranderd. Askram bleef Askram, maar opeens had ik de onbedwingbare behoefte gekregen om hier te zijn. Het leek alsof ik ergens voor wilde vluchten en de hoop koesterde hier niet gevonden te worden. Juist toen ik de badkamer in wilde lopen, hoorde ik opa het huis binnenkomen. Ik bleef voor de deur staan om te horen wat hij zou zeggen.

'Is hij al wakker?', vroeg hij aan oma.

'Ja, hij is gaan douchen.'

'Zeg hem dat ik naar Rouadi ben. Ik moet even wat halen.

Zie hem straks wel.'

De buitendeur sloeg dicht en door het raampje van de badkamer zag ik hem weggrijden. Mijn opa kon niet stilzitten. Hij was al enige jaren met pensioen en woonde het grootste deel van het jaar samen met oma in Askram. De rest van het jaar, meestal een maand of drie, brachten zij door in Amsterdam. Opa en oma waren hier voor hun rust, maar opa was alleen maar bezig. Een aantal jaar geleden had hij samen met mijn vader een veehouderij en een groentekwekerij opgezet. Het idee was om werkgelegenheid te creëren. Dat was tekenend voor opa. Hij had zijn hele leven gewijd aan de zorg voor anderen. Als tiener

kwam hij naar Europa om voor zijn familie in Marokko te zorgen. Later kwam daar zijn eigen gezin bij. En nu zorgde hij voor de mensen in Askram. Hij cijferde zichzelf altijd weg. Dat kon ik van mijn vader niet zeggen. Die was met zijn carrière, ondernemingen en stichting, maar bovenal met zichzelf bezig. Ik kende weinig mensen die zo veel van zichzelf hielden als mijn vader.

Mijn moeder was daar niet tegen opgewassen. Op een ochtend besloot ze bij hem weg te gaan. Hij was er kapot van, maar zij volhardde in haar besluit. Mijn vader had deze klap nodig om te beseffen dat de wereld niet om hem draaide.

'Het boek is doorspekt met adviezen aan de in Nederland opgroeiende (Marokkaanse) jeugd'

In de badkamer legde ik mijn handen op de wasbak en bekeek mezelf in de spiegel. Ik zag er vermoeid uit. Mijn spiegelbeeld bleef ernstig, zelfs wanneer ik glimlachte. Ik bewoog mijn gezicht heen en weer. Het spiegelbeeld behield dezelfde ernstige, droevige uitdrukking. Ik was de laatste maanden steeds vaker in een oceaan van zelfmedelijden verzonken. Het was een bijzonder hectisch

jaar geweest: eindexamen vwo en spelen bij Ajax. Zowel op school als op het voetbalveld draaide alles om cijfers. Voetbal was al lang geen hobby meer. En hoe beter ik werd, hoe groter de druk werd om te presteren. Ook mijn vader had me onbewust opgezadeld met een enorme druk. Hij had zichzelf als migrantenkind opgewerkt tot chirurg en succesvol ondernemer. Ik werd door anderen continu met hem vergeleken en daarnaast drong zich mettertijd steeds meer de vraag op wie mijn vader als ondernemer zou moeten opvolgen. Het was een vraag die me al jaren bezighield en steeds meer aan me knaagde. Mijn vader had het nooit expliciet benoemd, maar ik ging ervan uit dat hij mij als zijn opvolger zag. Ik was tenslotte zijn oudste zoon en mijn zusje had overduidelijk geen verstand van zaken doen.

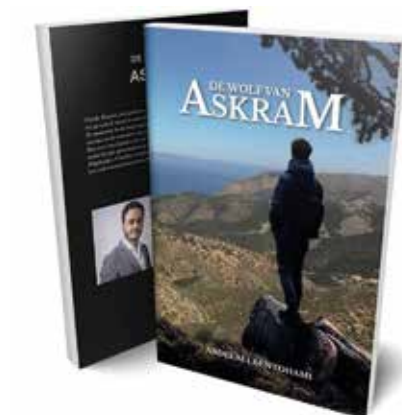
Van dichtbij had ik meegemaakt wat de keerzijde was van het succes van mijn vader. Ik had voor mezelf besloten dat ik zo'n leven niet wilde, maar ik durfde dat niet tegen hem te zeggen. Ik was bang hem teleur te stellen en die angst greep me dikwijls naar de keel. Op dat soort momenten zocht ik mijn toevlucht tot verdovende middelen. Vooral het afgelopen jaar had ik mezelf beholpen met een dieet van cannabis en alcohol. Niet zo lang geleden was ik nog met spoed naar de eerste hulp gebracht toen ik flauwviel in een coffeeshop. Ik had veel te veel geblowd. Toen ik in het ziekenhuis ontwaakte, was ik bang dat collega's van mijn vader hem hadden

bericht. Gelukkig was dat niet het geval, maar mijn moeder was er kapot van. Mijn vader verweet mij geregeld dat ik niet genoeg ambitie had. Dat ik te snel en te gemakkelijk genoeg nam met een zesje. 'Wil je geen acht of negen halen?', riep hij dan, waarop ik antwoordde dat resultaat het enige was wat telde en dat een waarderingscijfer daar niets aan veranderde. Dat het toch allemaal

op hetzelfde neerkwam en dat een zes me eigenlijk helemaal niet tegenstond. Hij keek dan altijd zeer onvoldaan, zei me dat zo'n houding rampzalig was in het leven. Daarna liep ik meestal weg. Ik wilde mijn vader niet teleurstellen, maar ik zag geen reden mijn leven te veranderen. Als klein kind was ik veel te ambitieus, maar ik was gaan inzien dat het allemaal betekenisloos was. Ik wilde succesvol zijn, maar niet tegen elke prijs. Ik wilde vooral gelukkig zijn, maar dat was ik niet. Mijn leven leek mooi van verre, maar was verre van mooi. Ik snakte enorm naar een joint, maar in tegenstelling tot Amsterdam, was zoeken naar een coffeeshop in Askram als zoeken naar een kameel op de Noordpool. Toen ik onder de douche stond, barstte ik in tranen uit. Beneden probeerde ik mezelf groot te houden, maar mijn rode ogen, evenals het natgehuilde zakdoekje in mijn hand verrieden alles. Oma keek me aan. Ik voelde mijn gezicht gloeien. Ik wilde groeten, maar door de brok in mijn keel durfde ik dat niet en zweeg. Het was zeker een jaar geleden dat we mekaar voor het laatst in levenden lijve zagen. Ze trok me naar zich toe en een innige omhelzing volgde. 'Je kijkt precies zoals je vader als hij verdrietig was. Zijn verdriet bezorgde mij altijd kippenvet.' Ik moest zo hard huilen, dat ik er duizelig van werd. Oma schrok en vroeg waarom ik zo verdrietig was. Ik had geen zin om mijn verhaal te doen en haalde slechts mijn schouders op. Aan tafel staarde ik wat voor me uit. Oma gaf me erg lekkere koffie te drinken. 'We hebben je helemaal niet horen binnenkomen, gisteren', zei oma terwijl ze richting de keuken liep. Door een flinke vertraging was ik pas na middernacht in Al Hoceima gearriveerd. Op dat late tijdstip was het erg moeilijk een taxi te vinden die me naar Askram wilde brengen. Bovendien hadden de meeste taxichauffeurs nooit van Askram gehoord. Er was er slechts één die ongeveer wist waar Askram lag, maar die had flink wat overredingskracht (lees Dirhams) nodig gehad om mij een lift te geven.

'Het was ook erg laat, oma.'

'Wij gaan met de kippen op stok', zei ze



De Wolf van Askram

Auteur: **Abdelali Bentohami**
 Uitgeverij: **Bento Uitgevers**
 ISBN: **ISBN9789083103402**
 Prijs: **€ 20,00**

lachend. Ze kwam naast me zitten en legde haar arm op mijn schouder. Ik glimlachte en vroeg haar waar de hond was. Die had ik niet horen blaffen toen ik vannacht aankwam, terwijl het dier moordlustig kon blaffen als je te dichtbij kwam. 'De hond is weg', antwoordde ze kortaf. Daarna zweeg ze en leek het alsof ze er liever niet over sprak. Na enkele minuten begon ze plotseling snel te praten.

'Die vervloekte familie Benalla! Je opa ging met hem naar Rouadi, zoals altijd. Er stonden veel mensen om de kraampjes. Je opa bleef staan om vis te kopen. Toen hij wilde weggaan was de hond er niet meer. Ik had nog zo tegen hem gezegd dat hij hem geen seconde uit het oog moest verliezen.' Ze stond op om meteen daarna weer te gaan zitten.

'Misschien is hij verdwaald en komt hij wel weer terug.'

'Nee, die komt niet meer terug.'

Ze schoot vol. Ik schrok van haar emotie en sloeg mijn arm om haar heen.

'Je opa vond hem later terug. Hij was opgehangen aan een vijgenboom.'

'Wat? Wie doet nou zo iets?'

'Meerdere mensen uit het dorp hebben gezien dat Samir Benalla er met de hond vandoor was gegaan. Dat arme dier had er niks mee te maken.'

Ik begreep het niet en vroeg wat ze bedoelde.

'De families Skarmi en Benalla staan elkaar

sinds mensenheugenis naar het leven. De laatste jaren leek alles pais en vree, maar er is niet veel nodig om de eeuwenoude familievete op te rakelen.'

Ik snapte er nog steeds niets van. Ik kende familievetes alleen van maffiafilms en series, maar dat familievetes ook Askram teisterden was me volstrekt nieuw. Mijn vader had me er nooit iets over gezegd. Wellicht dat het hem niet bekend was.

'Waarom laten jullie het erbij zitten en doen jullie geen aangifte?'

'We zijn hier voor onze rust.' Toen was ze even stil en droogde haar tranen.

'Welkom in Marokko, jongen. Ik ben blij dat je er bent.'

Ik glimlachte, maar ik voelde mij leeg en had een beetje hoofdpijn. Spottend zei oma dat ik een gezicht had van oude lappen. Ze liep naar de keuken en kwam terug met een overvol dienblad. Ik kreeg een typisch Marokkaans ontbijt met gebakken eieren in pure olijfolie, vers panbrood, baghrir* en mijn favoriet: msemmen**. De pannenkoeken overgoot ik met pure honing. Hier wisten ze wat lekker eten was. Geen zuinige dunne boterham belegd met een plakje kaas. Ontbijten in Marokko is genieten van het leven! Ik besloot mijn koffie verder in de tuin te drinken. In de gang kwam ik langs een foto van mijn overgrootvader.

'Allah i rehmk***', prevelde ik voor me uit."

* Ronde, Marokkaanse pannenkoek.

** Vierkante pannenkoek.

*** Moge Allah jou genadig zijn.

Over Abdelali Bentohami

Abdelali Bentohami (Amsterdam, 1978) is chirurg, eigenaar van Bento Clinics (zelfstandig behandelcentrum voor medisch specialistische zorg) en oprichter van stichting Santé Pour Tous, een medische hulporganisatie die arme patiënten in Marokko gratis opereert.

Hulp bij het lezen van Engelse publicaties

Voor evidence-based practice (EBP) is het lezen en begrijpen van wetenschappelijke artikelen van groot belang. Bij Engelstalige artikelen kan dat behoorlijk lastig zijn. Wil je een artikel sneller en effectiever kunt lezen, dan gaat het niet alleen om de Engelse woorden, maar vooral ook om de structuur van de tekst.

Tekst: Lisette van Hulst, docente wetenschappelijk schrijven bureau Text and Training



Foto: Shutterstock

Voordat je begint met lezen is het handig om te weten waar je bepaalde informatie kunt verwachten in een artikel. Als het goed is, heeft de auteur het verslag van zijn onderzoek namelijk logisch opgebouwd.

Vaste structuur

Aan het begin staat altijd de samenvatting, het zogenaamde abstract. Dan volgt de introductie (*introduction*), waar alleen informatie in staat die al voor het onderzoek bekend was, zoals het centrale probleem, de bijdragen van eerdere studies, de nog niet beantwoorde vragen en de doelstelling van het onderzoek. Die introductie hoef je meestal niet te lezen, want het probleem en de doelstelling staan ook al in het abstract, en de rest is niet van belang voor EBP.

Daarna volgt in de methode (*method*) een beschrijving van wat er precies is gedaan. Dat deel is vooral relevant als je zelf ook onderzoek wilt doen. In de resultaten (*results*) staan de uitkomsten van het onderzoek, inclusief tabellen en grafieken, maar zonder verdere uitleg of interpretatie van de context. Als je niet heel diep in het onderwerp zit, kan dit gedeelte moeilijk te begrijpen zijn. Maar dat is niet zo erg als het lijkt. Gelukkig wordt het belang van de resultaten namelijk nader uitgelegd in de discussie (*discussion*). Hier vergelijken de auteurs hun uitkomsten met die van eerdere onderzoeken en geven aan in hoeverre hun bevindingen kunnen bijdragen aan een verbetering van de klinische praktijk. Ook de beperkingen van het onderzoek staan hier, zodat je weet welke conclusies je niet uit dit onderzoek



Foto: Shutterstock

kunt trekken. Tot slot volgt de conclusie (*conclusion*), waarin de onderzoekers hun belangrijkste adviezen samenvatten.

Volgorde van lezen

Als je deze structuur kent, kun je er dus voor kiezen om na het abstract eerst de discussie te lezen. Daar vind je waarschijnlijk al veel antwoorden op de vragen die voor EBP van belang zijn. Als je daarna nog specifieke informatie nodig hebt, kun je altijd nog naar de resultaten of de methode gaan en daar alleen die alinea's opzoeken die voor jou relevant zijn.

Kernzin

In het ideale geval behandelt iedere alinea slechts één onderwerp en wordt dat onderwerp meteen duidelijk aangekondigd in de eerste zin, de zogenaamde kernzin. Vervolgens is het de bedoeling dat alle andere zinnen binnen die alinea verdere uitleg of bewijs leveren voor de bewering in de kernzin. Als de alinea's zo zijn opgebouwd, kun je snel door de tekst heen scannen door alleen steeds de eerste zin te lezen, tot je de alinea gevonden hebt die je zoekt.

Helaas beheersen nog lang niet alle auteurs deze manier van alinea's opbouwen. Dat merk je dan vanzelf, want dan snap je vaak al bij de tweede zin niet meer wat die met de eerste zin van de alinea te maken heeft. In dat geval staat de samenvattende zin waarschijnlijk aan het eind van de alinea, als een soort conclusie. Probeer maar eens of je zo'n passage beter begrijpt als je eerst de laatste zin van de alinea leest.

Struikelblokken

In principe is het altijd de taak van de auteur om een tekst zo leesbaar mogelijk te schrijven. Als het dus moeilijk blijkt een wetenschappelijk artikel te lezen, is de kans groot dat de schrijver steken heeft laten vallen. Dat geldt niet alleen voor de opbouw van alinea's, maar ook voor de woordkeus. Als er veel onduidelijke uitdrukkingen worden gebruikt, kun je daar als lezer behoorlijk last van hebben. Natuurlijk moet je wel enige kennis hebben van het Engels, maar als het goed is, ken je al heel veel Engelse vaktermen en formuleringen. Bovendien hoeft je meestal niet elk

woord te kennen om de strekking van een goed geschreven zin te begrijpen. Als je wel wilt weten wat een bepaald woord precies betekent, zijn er allerlei hulpmiddelen om daar snel achter te komen, zoals *Google translate* of het Medisch Woordenboek op de website www.gezondheidsplein.nl.

Ook de grammatica is meestal niet het grootste struikelblok bij het lezen van een Engelse tekst. Als Engelse zinnen op de juiste manier zijn opgebouwd, zijn ze juist heel eenvoudig te lezen. Het probleem is alleen vaak dat auteurs niet hebben geleerd hoe zij Engelse zinnen het beste kunnen opbouwen. Dat geldt vooral voor al die wetenschappers vanuit de hele wereld die niet van huis uit Engelstalig zijn.

Veel Nederlandstalige wetenschappers passen bijvoorbeeld automatisch de Nederlandse manier van schrijven toe, waarbij een zin begint met nieuwe, belangrijke informatie die de lezer niet direct kan plaatsen. Een voorbeeld: *Orthopedic problems such as back problems and adopting bad posture to appear smaller have been linked to tall stature*. Zo'n zin is voor iedereen moeilijk te lezen, want in het Engels moet de volgorde van informatie precies andersom zijn: *Tall stature (dat is waar de hele tekst over ging) has been linked to (nu komt de nieuwe info:) orthopedic problems, such as back problems and adopting bad posture to appear smaller*.

'Als een zin moeilijk leesbaar is, staat het werkwoord meestal te ver aan het einde van de zin'

Zoek het werkwoord

Een goede Engelse zin begint dus met informatie die al bekend is voor de lezer. Nieuwe informatie volgt pas na het werkwoord, en de belangrijkste nieuwe informatie staat helemaal aan het eind van de zin, omdat daar in het Engels de klemtoon ligt. Het werkwoord daarentegen moet in het Engels zo snel mogelijk aan bod komen, zodat de lezer meteen weet wat er in de zin gebeurt. Als een zin moeilijk leesbaar is, staat het werkwoord



meestal te ver aan het einde van de zin, zoals hier: *An association between complaints with long lasting exercise and disorders of the lipids metabolism or between complaints with short, intensive exercise and disorders of the glycogen metabolism was not found*. Een Engelse auteur zou zeggen: No association was found between Dan is het meteen veel duidelijker. Als je dit weet, kun je in een onbegrijpelijke Engelse zin eerst zoeken naar het vervoegde werkwoord. Als je dat gevonden hebt, begrijp je meestal makkelijker wat de auteur wilde zeggen.

Of een wetenschappelijk artikel duidelijk en leesbaar is, is dus vooral een kwestie van structuur. Als de zinnen, de alinea's en het hele artikel goed zijn opgebouwd, kunnen lezers snel de informatie vinden die ze zoeken. Als ze niet goed zijn opgebouwd, zijn wetenschappelijke teksten inderdaad moeilijk leesbaar – maar dat ligt dan aan de auteur, niet aan de lezer!

De ziekte wordt er niet altijd mee opgemerkt.

Dit artikel is overgenomen uit Wetenschap @OLVG Verpleegkunde van mei 2021.



Zo helpt poëzie

Auteur: **Bert Keizer (redactie)**
 Uitgeverij: **De Meent**
 ISBN: **9789083112541**
 Prijs: **€ 19,99**

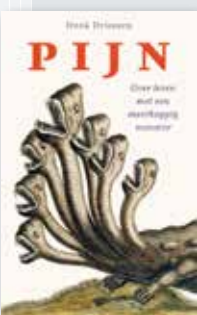
Deze bundel bevat de mooiste, meest intieme gedichten over thema's waar mensen in de zorg mee te maken hebben: geboorte en kinderziekten, lichamelijk en geestelijk lijden, sterven en zorg voor de nabestaanden. Bert Keizer heeft toegankelijke 'zorgpoëzie' uitgezocht van dichters als Gerrit Achterberg, Judith Herzberg, Menno Wigman, Myrte Leffring, Willem Elsschot en Tsead Bruinja. Er is voor elk wat wils en dat maakt *zo helpt poëzie* tot een geschenkbuch voor verpleeg- en ziekenhuizen, artspraktijken, revalidatiecentra, thuiszorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg, jeugdzorg en ggz.



Kanker in de kantlijn

Auteur: **Remco Van der Molen Kuipers**
 Uitgeverij: **Growingstories**
 ISBN: **9789493089969**
 Prijs: **€ 14,95**

Als Ingemar te horen krijgt dat ze borstkanker heeft, wordt ook de grond onder de voeten van haar man Remco weggeslagen. Niets is meer hetzelfde. De ziekte dreigt alles te slopen: haar, hem en zelfs hun relatie. Terwijl Ingemar vergeefs vecht, zoekt Remco in toenemende mate verdoving in drank en medicijnen. Het lukt hem niet zijn nieuwe rol als 'partner van' in te vullen. Hoe kan hij haar het best helpen? Mag hij ooit nog kwaad zijn op zijn vrouw nu ze ziek is? Ziet iemand hém nog wel staan? En waarom is er geen handleiding met antwoorden op zulke vragen? In dit boek neemt Remco van der Molen Kuipers ons mee in de onderbelichte wereld van de partner van een kankerpatiënt. Niemand kan zich op die rol voorbereiden. Maar vanaf nu is er op zijn minst dit boek: het verhaal van iemand die het meemaakte, er lessen uit leerde en die doorgeeft aan iedereen die er wat aan kan hebben. Want die rotziekte overkomt je samen, maar hoe je er als partner mee omgaat, dat heb je deels in eigen hand.



Pijn

Auteur: **Henk Driessen**
 Uitgeverij: **Amsterdam University Press**
 ISBN: **9789462497030**
 Prijs: **€ 19,99**

Chronische pijn is complex, en kent meerdere gezichten: fysiek, geestelijk, emotioneel, cultureel en sociaal. Zodra fysieke pijn langdurig wordt bestreden met zware pijnstillers, kan bijvoorbeeld verslaving optreden. Chronische pijn kan ook leiden tot vereenzaming, depressie of werkloosheid. *Pijn. Over leven met een meerkoppig monster* overstijgt kille statistische feiten, bijvoorbeeld het feit dat één op de vijf Nederlanders pijnpatiënt is. Henk Driessen schrijft uit eigen ervaring en beschrijft de ervaringen van enkele chronische pijnpatiënten in Nederland, Afrika, Azië en Amerika. Lezen over pijn en lijden biedt niet alleen inzicht in de eigen pijn, maar ook in die van medemensen bij hun worsteling met het meerkoppig monster. 'Met het vervolg op *Pijn en cultuur* verdiept Driessen op fascinerende wijze onze relatie tot pijn door literatuur, observatie in wereldculturen en wetenschap te vervlechten. Maar Driessen gaat nog dieper, door zijn persoonlijke weergave van pijn toe te voegen, waardoor het boek ontroert en een dieptagisch element krijgt.' – Abdelkader Benali



Achteruit Lopen

Auteur: **Thomas Sanders**
 Uitgeverij: **Pumbo**
 ISBN: **9789083011653**
 Prijs: **€ 20,50**

Achteruit Lopen is een autobiografische roman met kleine en grotere verhalen over vijftien jaar leven met een ongeneeslijke ziekte. Door de vertelling wordt met kracht en humor invoelbaar gemaakt hoe de creatieve zakenman Thomas Sanders (1975) stap voor stap de grip op zijn leven verliest. Het is zijn zoektocht naar een draaglijke verhouding met almaar toenemende beperkingen die laat zien dat het ondanks het progressieve achteruitgangproces toch mogelijk is om dromen waar te maken. De eerste symptomen ontdekt Thomas als hij nog geen dertig jaar oud is en voetbal wil kijken in de Amsterdamse Arena. Acht jaar later komt hij noodgedwongen in een rolstoel terecht. Hoewel Thomas met angst en beven vooruitkijkt, lukt het hem juist om in mogelijkheden te denken. Zo besluit hij zijn wens om een marathon te lopen om te zetten in het beklimmen van de Mont Ventoux ... met een handfiets. Ook maakt hij zich hard om geld op te halen voor onderzoek naar MS en zet hij het evenement Arena MoveS op, waarbij duizenden mensen de trappen in de voetbaltempel oprennen, de plek waar hij voor het eerst zijn achteruitgang bemerkte. Successen, maar ook ervaringen als het niet meer zelfstandig kunnen strikken van schoenveters, of uren op de keukenvloer op hulp liggen wachten na een val uit de rolstoel; ze zorgen ervoor dat de lezer in *Achteruit Lopen* op een inspirerende reis wordt meegenomen.

Tekst: Menno Goosen

**Leven zonder diabetes**

Auteur: **Roy Taylor**
 Uitgeverij: **Nieuwezijds**
 ISBN: **9789057125423**
 Prijs: **€ 21,95**

Steeds meer mensen ontwikkelen door hun leefstijl en eetpatroon diabetes type 2. Deze aandoening werd lang beschouwd als een ongeneeslijke, chronische ziekte, maar er is hoop. In *Leven zonder diabetes* legt Roy Taylor precies uit hoe diabetes type 2 zich ontwikkelt in het lichaam. Daarbij biedt hij een eenvoudig dieetprogramma in drie stappen, inclusief recepten, waarmee je van diabetes type 2 af kunt komen en weer gezond kunt gaan leven. Professor Roy Taylor is hoogleraar geneeskunde en stofwisselingsziekten aan Newcastle University in Engeland en een van 's werelds meest vooraanstaande deskundigen op het gebied van diabetes.

**Pocketversies Chirurgie**

Auteur: **Romée Snijders & Veerle Smit**
 Uitgeverij: **Compendium geneeskunde**
 ISBN: **divers (titels zijn ook los te bestellen)**
 Prijs: **€ 54,95 (bestellen via compendiumgeneeskunde.nl)**

De pocketversies *Chirurgie* behandelen de disciplines GE-chirurgie en vaatchirurgie uit Compendium Geneeskunde 2.0 en zijn aangevuld met een aantal essentiële aandoeningen op het gebied van mamma-, schildklier-, thorax- en transplantatiechirurgie. De pocketversie Traumachirurgie & Orthopedie bevat naast alle aandoeningen binnen deze disciplines ook aanvullende informatie zoals differentiaaldiagnoses, farmacotherapie, een voorbeeld van de orthopedische status en verdieping m.b.t. het orthopedisch onderzoek (PO).

**Het zelfgekozen levenseinde**

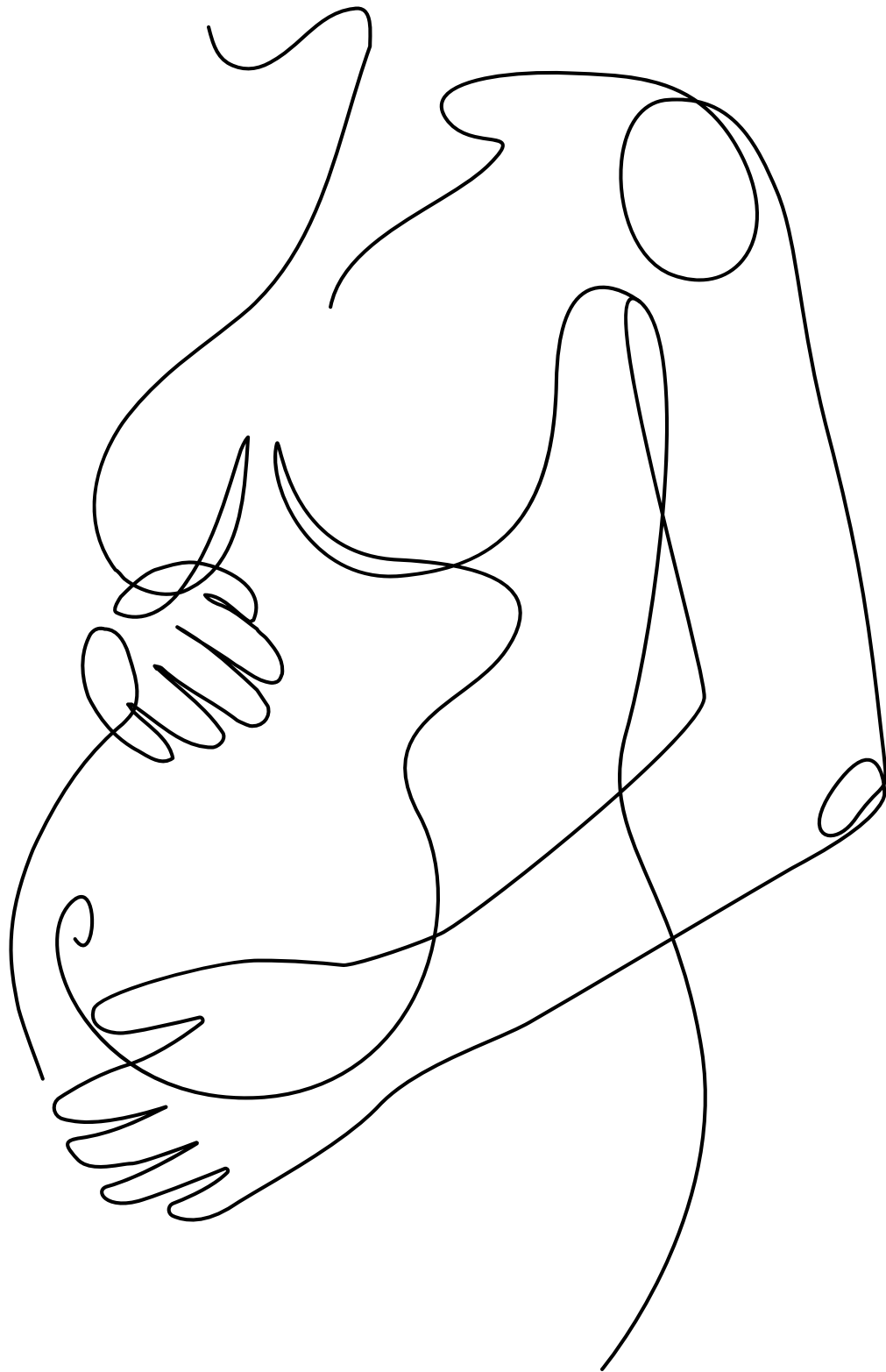
Auteur: **Klaas Rozemond**
 Uitgeverij: **ISZW Uitgevers**
 ISBN: **9789083121581**
 Prijs: **€ 22,50**

Het zelfgekozen levenseinde is een juridisch en filosofisch pleidooi voor het recht van ieder mens om over zijn of haar levenseinde te beschikken. Volgens het Europees Hof voor de Rechten van de Mens heeft ieder mens het recht om te bepalen op welke wijze en op welk moment zijn of haar leven moet worden beëindigd. Het Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap beschermt het zelfbeschikkingsrecht van mensen met dementie. Het zelfbeschikkingsrecht zou daarom het uitgangspunt moeten zijn bij beslissingen over euthanasie bij mensen met dementie. Dat recht houdt in dat deze mensen zelf mogen aangeven wanneer zij daarvoor de tijd rijp achten. Het zelfbeschikkingsrecht zou eveneens de grondslag moeten zijn van hulp bij zelfdoding wanneer mensen met of zonder handicap hun leven voltooid achten. Klaas Rozemond is filosoof en jurist en werkt als hoofddocent strafrecht aan de Vrije Universiteit Amsterdam.

**De Parkinsonpandemie**

Auteur: **Bastiaan R. Bloem**
 Uitgeverij: **Poiesz Uitgevers**
 ISBN: **9789081932219**
 Prijs: **€ 29,50**

De ziekte van Parkinson wordt een pandemie. Tussen 1990 en 2015 is het aantal mensen met parkinson verdubbeld tot meer dan 6 miljoen wereldwijd. Naar verwachting zal dat aantal tegen 2040 opnieuw zijn verdubbeld. Daarmee is het de neurologische aandoening met het snelst groeiende aantal patiënten ter wereld. Dit komt gedeeltelijk door de vergrijzing: oudere mensen hebben een hoger risico op parkinson. Maar parkinson lijkt ook een door de mens veroorzaakte ziekte te zijn, met een rol voor de industrialisering en giftige stoffen zoals landbouwbestrijdingsmiddelen, zware metalen en oplosmiddelen. Het is daarom tijd voor actie. In *De Parkinsonpandemie* bieden vier topdeskundigen – Dorsey, Sherer, Okun en de Nederlandse hoogleraar neurologie Bas Bloem – een ambitieus plan om één van de grootste gezondheidsuitdagingen van onze tijd aan te pakken. Prof. dr. Bas Bloem is als hoogleraar neurologie verbonden aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Daarnaast is hij medisch directeur van ParkinsonNet.



Colloidcyste bij zwangere

Diagnose

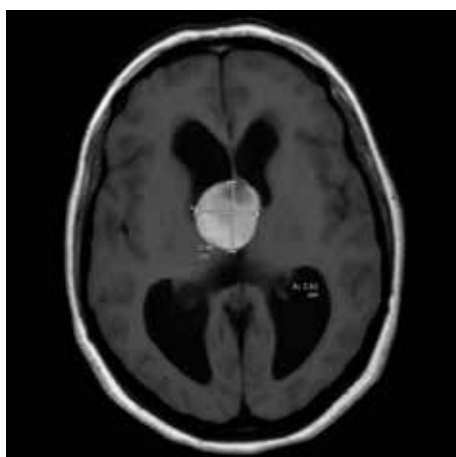
Zwangere met colloïdcyste met obstructieve hydrocefalus.

Samenvatting

Een 37-jarige zwangere presenteerde zich bij een amenorroëduur van 31 weken en 3 dagen met bonkende hoofdpijn, tintelingen in de vingers en oedeem in de voeten. Zij uitte geen andere klachten en de baby bleek in goede conditie. Op basis van haar presentatie en proteinurie werd de diagnose pre-eclampsie gesteld. Bij oplopende bloeddrukken kreeg zij corticosteroïden ter longrijping van de baby voor een eventuele vroeggeboorte. Bij een zwangerschapsduur van ca. 34 weken werden intraveneuze antihypertensiva gestart en werd besloten de bevalling in te leiden. Gedurende de opname werd patiënte verward en vergeetachtig. Ook was er sprake van misselijkheid en braken, urine-incontinentie en decorumverlies. De psycholoog en psychiater werden in consult gevraagd en een psychiatrisch toestandsbeeld werd onwaarschijnlijk geacht. Hierop vond neurologisch onderzoek door de neuroloog plaats. Er werden geen aanwijzingen gezien voor focale neurologie. In verband met het progressieve beloop van het afwijkende gedrag van patiënte werd besloten tot een MRI-cerebrum, waarop een grote colloïdcyste met een obstructieve hydrocefalus werd gezien (figuur 1). Hierop werd patiënte overgeplaatst naar een neurochirurgisch centrum voor drainage of resectie van de cyste. Moeder en kind maken het goed.

Toelichting

Colloïdcysten zijn zeldzame, traaggroeiende, benigne, intraventriculaire gesteelde tumoren. Ongeveer 0,5 tot 1% van alle primaire intracraniale tumoren betreft een colloïdcyste. Ze bestaan uit een bindweefselkapsel gevuld met een dikke visceuze substantie en gaan meestal uit van het dak van het derde ventrikel. Ongewone lokalisaties zijn het vierde ventrikel, het cerebellum en de laterale ventrikels. Meestal zijn ze asymptomatisch en worden ze bij toeval gevonden op cerebrale beeldvorming door middel van CT- of MRI-scan. Door uitstroombemmering van de



Figuur 1. Axiale T1-gewogen MRI-opname van het cerebrum. Scherp afgeijnde bolvormige laesie gecentreerd in het 3e ventrikel ter hoogte van de foramina van Monroe, passend bij het beeld van een colloïdcyste, met obstructieve hydrocefalie met verbreding van de laterale ventrikels en verstrijking van de sulci.

cerebrospinale vloeistof ter plaatse van het foramen van Monroe kan acute neurologische achteruitgang met coma en plotselinge dood optreden, meest waarschijnlijk door uiteindelijke obstructie van het diepe veneuze systeem met veneuze infarctering tot gevolg en compressie van de hypothalamus. Bij intermitterende obstructie van de cerebrospinale vloeistof treedt het typische symptomencomplex op van intermitterende, episodische hoofdpijn, braken, duizeligheid, visus- en kortetermijnegeheugenstoornissen en plotseling bewustzijnsverlies. Bij 68 tot 100% van de patiënten is hoofdpijn de belangrijkste klacht. Het meest typerende symptoom is intermitterende, episodische hoofdpijn die vermindert door plat te gaan liggen. Soms wordt de hoofdpijn uitgelokt door bepaalde hoofdbewegingen. Vaak worden tijdens het klinisch neurologisch onderzoek geen afwijkingen gevonden. De diagnose gebeurt bij voorkeur via een MRI-cerebrum, waarbij colloïdcysten kunnen worden onderscheiden van andere tumoren en malformaties van de hersenen. Een expectatief beleid zonder verdere follow-up lijkt gerechtvaardigd bij patiënten met een asymptomatische colloïdcyste zonder hydrocefalus. Voorwaarde is dat patiënten goede instructies krijgen over wanneer zij teruggezien moeten worden in verband met klachten. Bij symptomatische

colloïdcysten is neurochirurgische interventie essentieel. Drainage van de geobstrueerde cerebrospinale vloeistof door middel van een externe ventrikeldrain is een tijdelijke behandeling in het acute stadium. Deze behandeling wordt daarom gevolgd door (complete) excisie van de cyste. Zwangerschap kan het bestaan van een hersentumor maskeren omdat symptomen zoals hoofdpijn, braken en visusstoornissen vaak worden gezien in de zwangerschap, waarbij al dan niet sprake is van pre-eclampsie. Het tijdig herkennen en behandelen van intracraniale tumoren in de zwangerschap wordt geassocieerd met een goede prognose.

Literatuur

1. Malfroid G, Herroelen L, van Loon J. Kortdurende hoofdpijn veroorzaakt door een colloïdcyste van de derde ventrikel. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:715.
2. Handbook of neurosurgery van Greenberg. Colloid cyst, 756-760.
3. Sharma RR, Chandy MJ, Lad SD. Colloid cyst of anterior third ventricle complicating pregnancy: case report and review of literature. *Annals of Saudi Medicine* 1990;10:457-459.
4. Dhar H. Colloid cyst of third ventricle presenting as pseudo-eclampsia. *Arch Gynecol Obstet* 2009;280:1019-21.
5. De Graaf S, Bakker SLM. Asymptomatische colloïdcyste van de 3e ventrikel. *Tijdschrift voor Neurologie en Neurochirurgie*. 2007;108;2840288.



Leiderschap

Op een onschuldige zondagmiddag, waarbij de eerste koelte van de naderende herfst in de warme zonnestrallen te voelen is, zie ik het scherpje van mijn mobiel oplichten. Een urgent bericht van de NOS: het formatieproces in Hilversum heeft geen doorbraak opgeleverd, meldt informateur Johan Remkes.

'Alles is politiek, maar politiek is niet alles'. In mijn jonge jaren de titel van een beroemd boek van de theoloog Kuitert, waarin hij waarschuwt voor de verpolitiserings van het christelijk geloof. Ik moest aan het CDA denken, aan Wopke Hoekstra en Pieter Omtzigt. Aan Ank Bijleveld en Hugo de Jonge. De een meer dan de ander probeert in het bedrijven van politiek zijn of haar persoonlijke dromen en idealen toch een beetje inhoud te geven. Hetzelfde geldt voor Gert-Jan Seegers, die met de ChristenUnie de Bijbelse vergezichten probeert te vertolken in de Haagse wandelgangen. Ze hebben het lastig, want tussen droom en daad staan wetten in de weg en praktische bezwaren, zeker als je met mensen als Rutte en Kaag te maken krijgt. De Haagse politiek lijkt toch vooral een bundeling van technocratische bestuurders die de BV Nederland bij elkaar proberen te houden, met speciale aandacht voor het traditionele huishoudboekje. Daarbij lijken de regenten goede banden te hebben met de grote multinationals van deze wereld die vooral winstmaximalisatie en tevreden aandeelhouders op de agenda hebben staan. Wat moet je dan met je idealen van goed rentmeesterschap, het beschermen van de zwakkere minderheden en vergevingsgezindheid? Het kapitalisme heeft zich definitief in de hoofden en harten van onze politieke leiders genesteld, en als we heel eerlijk naar onszelf kijken, sluit het kapitalistisch systeem eigenlijk ook wel goed aan bij onze eigen wensen en verlangens. En zo stemden we tijdens de verkiezingen vrij massaal voor de grote liberale partijen, terwijl er diverse crises om ons heen woedden die door deze zelfde partijen of veroorzaakt waren (zoals de toeslagenaffaire bij de Belastingdienst) of op z'n minst sterk gerelativeerd werden (zoals de klimaatcrisis). Het volk krijgt de leiders die het verdient.

Toch knaagt er ook wel iets als het om leiders en leiderschap gaat. Mondiaal gezien hebben wij het in Nederland nog helemaal zo slecht niet, er zijn landen te bedenken waar de leiders op een grovere

manier misbruik maken van hun machtspositie. Dat ons realiserend kunnen we echter wel mijmeren over hoe onze ideale politieke leiders eruit zouden moeten zien. Als we een mening hebben over onze leiders, dan mogen we misschien ook een keer nadenken over hoe we onszelf als leider zien. In het NRC staan wekelijks de columns van Ben Tiggelaar. Vaak gaan ze over leiderschap en vaak schetsen ze een ander beeld van leiderschap dan dat wat wij traditioneel gewend zijn. Tiggelaar heeft het vaak over dienend of kwetsbaar leiderschap, waarbij het niet draait om de leider en waar je in alle openheid dicht bij je werknemers staat.

In een ziekenhuis lopen veel leiders rond. Het lijken er ook steeds meer te worden. Geleidelijk aan zou je kunnen stellen dat we in het ziekenhuis allemaal leiders zijn, van onszelf en van de mensen om ons heen. Tiggelaar haakt daarop in en komt met een voorzet die wij mogen inkoppen: goed leiderschap begint met de ontdekking dat het uiteindelijk niet om jou als de leider draait, maar eenvoudigweg om het helpen van je collegae en je patiënten. Het gaat erom dat je wat minder met jezelf bezig bent. Dat zou in een ziekenhuis niet zo moeilijk hoeven zijn, als de patiënt centraal staat kun je je daar zelfs misschien wel helemaal in verliezen. Recente onderzoeken tonen aan dat personeel in privéklinieken veel gelukkiger en tevreden is dan personeel in een ziekenhuis. Als belangrijkste reden wordt aangegeven dat je in een privékliniek veel meer betrokken bent bij het primaire arbeidsproces en minder afgeleid wordt door organisatorische rompslomp. En dan zijn we eigenlijk ook weer terug in Den Haag. We hebben onder invloed van winstmaximalisatie en marktdenken medische centra opgebouwd die alleen nog maar te controleren zijn door ontelbare administratieve handelingen door de even ontelbare managementlagen. Participatie daarin is bittere noodzaak om er nog enigszins grip op te hebben. Integer leiderschap op plekken waar je merkt dat je weggeduwd wordt van je primaire idealen is best een lastige klus. Als ze in Den Haag blijven weigeren het goede voorbeeld te geven, is het dan toch aan ons om 'leiderschap' te tonen?

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

Vacature: operatieassistent

Uiterste sollicitatiedatum 15 januari 2022

Ben jij een (ervaren) operatieassistent en zou je graag aan de slag willen binnen een topklinisch ziekenhuis in het prachtige Zuid-Limburg? Dan bieden wij jou een dynamische maar vooral ook sfeervolle werkomgeving en nodigen we je van harte uit om te solliciteren.

Jouw toekomstige werkplek

Onze afdeling beschikt over 21 operatiekamers verdeeld over twee locaties. Met ons team van 140 operatieassistenten bieden wij als OK een breed pakket met hoogwaardige ingrepen (32.000 per jaar). Zo krijg jij bij ons de kans te werken bij meerdere specialismen zoals neurochirurgie, KNO, kaakchirurgie, plastische chirurgie, traumatologie, algemene chirurgie, orthopedie, urologie, gynaecologie, vaatchirurgie, oogheelkunde en longchirurgie. Hierbij volgen we de nieuwste ontwikkelingen in een moderne omgeving. Zo beschikken wij over een hybride OK, een operatierobot en zijn we o.a. zeer vooruitstrevend binnen de bariatric, spine en oncologie.

Zuyderland Medisch Centrum

Zuyderland is één van de belangrijkste zorgaanbieders op de Zuid-Nederlandse zorgmarkt en de grootste werkgever van Limburg (9500+ medewerkers). Professionals werken bij Zuyderland in een aantrekkelijke werk- en leeromgeving. Iedere dag opnieuw wordt in het topklinische opleidingsziekenhuis, gevestigd op twee hoofdlocaties in Zuid-Limburg (Heerlen en Sittard-Geleen), op hoog niveau innovatieve patiëntenzorg geleverd. Daar zijn flexibele collega's bij nodig die naar nieuwe uitdagingen en kansen zoeken.

Wie ben jij?

- Je bent gediplomeerd operatie assistent en de patiënt is bij jou in goede handen;
- Je beschikt over de volgende competenties: enthousiast, leergierig, stressbestendig;
- Je bent een echte teamplayer.

Wat bieden wij?

- Een dienstverband voor onbepaalde tijd;
- Een fantastisch team waar je met een warm hart ontvangen wordt;
- De arbeidsduur bedraagt minimaal 24 uur per week (overleg mogelijk);
- Je werkt in diensten van 9 uur;
- Je krijgt regelmatig bij- en nascholing om jezelf verder te ontwikkelen;
- Het salaris is afhankelijk van je opleiding en ervaring en bedraagt maximaal € 4.227,00 (FWG 55);
aangevuld met een vakantiegeld- en aantrekkelijke eindejaarsuitkering;
- Uitstekende arbeidsvoorwaarden (CAO Ziekenhuizen) en goede doorgroeimogelijkheden.

Meer informatie?

Neem voor meer informatie telefonisch contact op met Marcel Berkman, afdelingshoofd OK, 06-10676543.

Aanvullende informatie

Het online screenen, bijvoorbeeld via zoekmachines en social networks kan deel uitmaken van de sollicitatieprocedure.

Voor de meeste functies binnen Zuyderland wordt een VOG (Verklaring Omtrent Gedrag) gevraagd.

Voorafgaande aan een indiensttreding zal hierover nadere informatie worden verstrekt.

Zijn er binnen Zuyderland op dit moment voorrangskandidaten die in aanmerking komen voor deze functie, dan hebben zij conform het Doorlopend Sociaal Plan voorrang boven andere interne en/of externe kandidaten.

Over Zuyderland Medisch Centrum

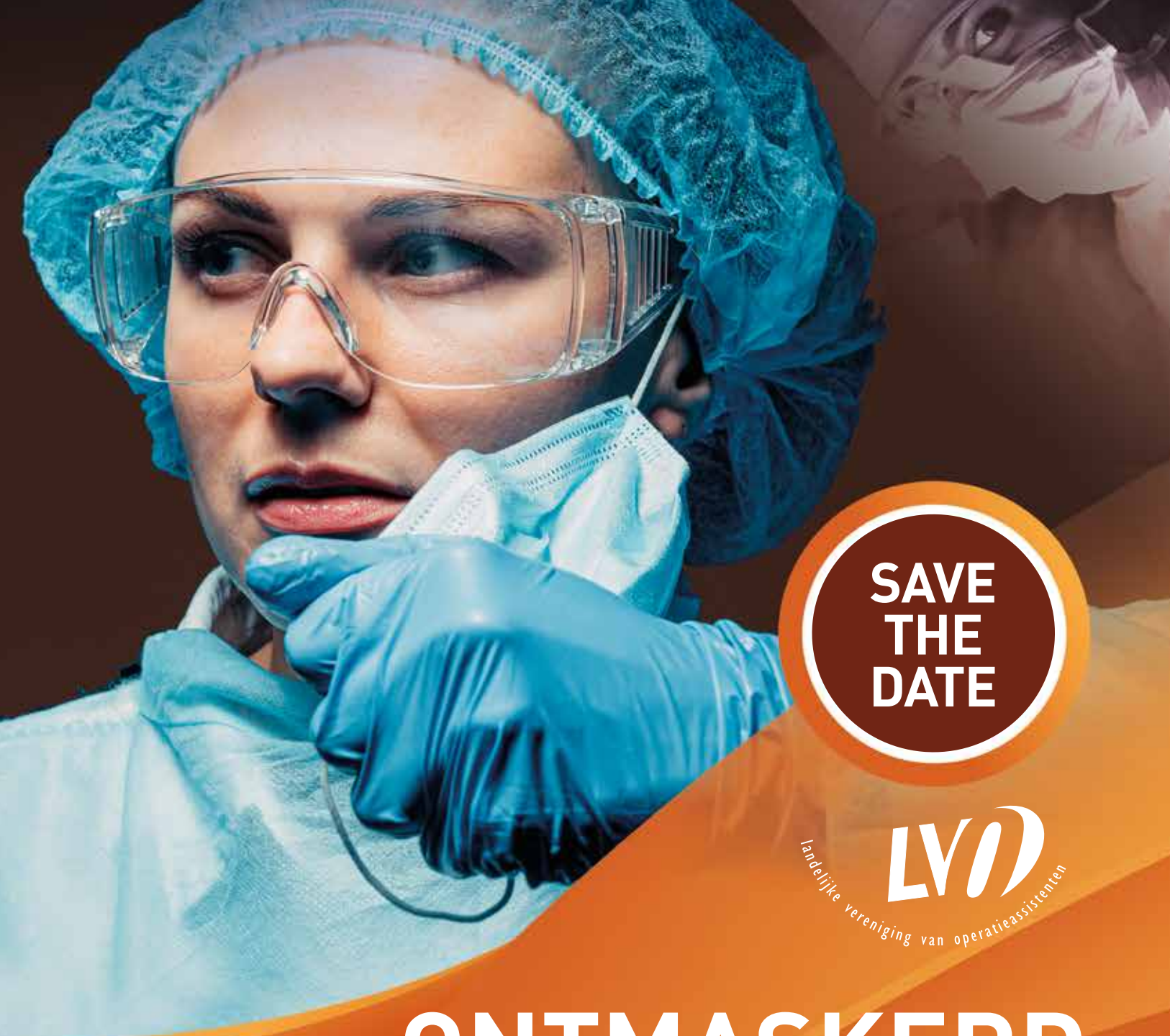
Iedere dag wordt in het topklinische opleidingsziekenhuis, gevestigd op twee hoofdlocaties in Zuid-Limburg (Sittard-Geleen en Heerlen), op hoog niveau excellente en innovatieve patiëntenzorg geleverd.

- Aantal beschikbare bedden/plaatsen voor klinische capaciteit en dag/deeltijdbehandelingen Zuyderland Medisch Centrum: 1.023
- Aantal klinische opnamen: 41.961 opnamen
- Aantal eerste polikliniekbezoeken: 264.181 bezoeken
- Aantal herhaal polikliniekbezoeken: 432.948
- Aantal dagverplegingsdagen: 41.741 dagen
- Aantal klinische verpleegdagen: 242.942 dagen

Solliciteren

De vacature vind je op www.werkenbijzuyderland.nl. Belangstelling voor deze functie kun je kenbaar maken middels het invullen van het digitale sollicitatieformulier.





**SAVE
THE
DATE**

LVO
landelijke vereniging van operatieassistenten

ONTMASKERD 35^e LVO-CONGRES

10 & 11 maart 2022
ReeHorst, Ede

Voor meer informatie over het
programma en inschrijving

www.lvocongres.org