

Operationeel

VOOR OPERATIEASSISTENTEN

Magazine

NR. 2 MEI 2022 JAARGANG 17 € 12,50

Black box

Registratie voor ieders veiligheid

Fysieke fitheid

Sneller herstel na darmoperatie

Spataderchirurgie

Vooruitgang in 50 jaar tijd

Operatiemissie

Nieuwsbrieven van een militair

Galstenen bij zwangeren

Veilig laparoscopisch verwijderen

Slimme bril

Opereren met veyeur



Flávia da Silva Felício (OLVG Amsterdam) ▶





Lid van LVO?

Sluit je dan ook aan bij NU'91 met ruim € 80 korting per jaar met het combi-lidmaatschap.

Samen sta jij sterker!

Meer weten over het combi-lidmaatschap?

Scan de QR-code of kijk op www.nu91.nl/lidmaatschappen.



word nu lid!

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 2700 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.

Digital Health Solutions Voor meer efficiëntie

Maak kennis met Getinge's digitale oplossingen voor de gezondheidszorg en ontdek hoe deze bij kunnen dragen aan verbeterde patiëntenzorg en een efficiëntere manier van werken.

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



Nieuwsgierig?
Scan de code
en ontdek meer!

www.getinge.com

GETINGE 

COLOFON

Operationeel is het vakblad voor operatieassistenten. Het wordt gemaakt door de LVO (Landelijke Vereniging van Operatieassistenten) en vijf keer per jaar verspreid onder alle LVO-leden. De totale oplage is 2700 exemplaren.

Redactie

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

Advertenties

Informatie over adverteren in Operationeel:
 Hennie Mulder, bestuurslid LVO, 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 € 12,50; 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

© 2022 LVO

INHOUD



06

OK-collega uitgelicht

Aan plannen maken voor de lange termijn doet Flávia da Silva Felício (39) niet. Maar één ding weet ze wel zeker: voorlopig blijft ze werken als operatieassistent in het OLVG in Amsterdam. Op haar werk zet zij zich actief in voor een duurzamere OK.



10

Black box registreert operatie

Een goed verlopende ingreep staat of valt met communicatie en samenwerking binnen het operatieteam. Promovenda Anne-Sophie van Dalen onderzocht het effect van een zogeheten *black box* op de OK: een systeem dat alles registreert wat er tijdens de operatie gebeurt: van het geluid van een opengaande deur tot de lichaamsfuncties van de patiënt.



12

Relatie spierkwaliteit en postoperatieve complicaties

Om te genezen van darmkanker ondergaan patiënten grote abdominale chirurgie. Het preoperatieve uithoudingsvermogen en de spierkwaliteit van deze patiënten blijken sterke invloed te hebben op de kans op postoperatieve complicaties en het herstel hiervan.



18

Vijftig jaar spataderchirurgie

'Mijn moeder lag in de jaren '60 twee weken in het ziekenhuis voor haar spataderen. Begrijp ik nu goed dat mijn spataderoperatie in een uur gebeurt, poliklinisch, onder plaatselijke verdoving, dat er geen littekens komen en dat ik maar een dagje een steunkous krijg?' Verpakt in een simpele vraag van een hedendaagse patiënt wordt duidelijk hoe de spataderchirurgie zich in ruim een halve eeuw heeft ontwikkeld. Chirurg Marc Scheltinga vertelt hoe die ontwikkeling is gegaan.



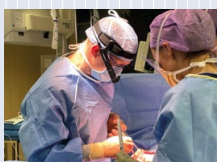
22 Brieven uit missiegebied

Operatieassistent en militair reservist Marlies van der Hoeven schreef het boek *Het mes snijdt aan twee kanten* aan de hand van de nieuwsbrieven die ze schreef tijdens haar missies. De eerste brieven dateren uit 2004 en de laatste uit 2018. Met de brieven hield ze haar vrienden en familie op de hoogte van het leven en werken in oorlogsgebieden, binnen de muren van de compounds.



30 Laparoscopische galsteenverwijdering bij zwangeren

Zwangerschap is een risicofactor voor het ontwikkelen van galstenen. Van alle zwangere vrouwen ontwikkelt 0,16 tot 0,8% symptomatische cholecystolithiasis. Daarmee is het een van de meest voorkomende redenen voor chirurgisch ingrijpen tijdens de zwangerschap. Maar is laparoscopische galsteenverwijdering wel veilig bij een zwangere patiënt?



38 Slimme bril op OK

Sinds een paar maanden heeft het Albert Schweitzer ziekenhuis in Dordrecht de beschikking over twee slimme brillen op de OK. Via deze *smart glasses* kunnen mensen op afstand (de 'voyeurs') meekijken met een operateur. Chirurg Robert Smeenk deelt de ervaringen tot nu toe is de behandeling in enkele tientallen jaren zo veranderd? Een terugblik vanuit het perspectief van zowel arts als patiënt.

EN VERDER IN DIT NUMMER

- 8 LVO-nieuws
- 32 Chirurgisch nieuws
- 36 Boeken
- 43 Column Pieter Poortman



Redactioneel

Op de cover zie je operatieassistent Flávia da Silva Felício. Ze is een van de vele voorvechters van een beter klimaat. Duurzaamheid, recylen, groene OK: het zijn zaken die moeten leiden tot een schone toekomst. De LVO vindt dit onderwerp heel belangrijk. Daarom wijdt de vereniging haar congres komend jaar (9 en 10 maart 2023) aan een OK-klimaat dat oké is. Als corona niet weer roet in het eten gooit, kunnen we elkaar dan weer live ontmoeten. Wij zullen elkaar in vrijheid ontmoeten. Onze gedachten gaan uit naar onze collega's in Oekraïne die in oorlog leven en hun werk moeten doen.

Verder in dit nummer:

Marlies van der Hoeven is militair reservist en zij werd tussen 2004 en 2018 talloze keren uitgezonden. Ze schreef het boek *Het mes snijdt aan twee kanten*. Hierin bundelde zij de nieuwsbrieven die ze schreef tijdens haar missies.

Het Albert Schweitzer ziekenhuis is vernieuwend bezig. Chirurg Robert Smeenk gebruikt sinds kort smart glasses tijdens operaties. Zo kan er iemand op afstand meekijken. Ook is het handig voor onderwijsdoeleinden. Hij deelt de eerste resultaten met ons.

Patiënten die in fitte conditie een darmoperatie ondergaan, blijken minder kans te hebben op complicaties na de operatie. Uithoudingsvermogen en spierkwaliteit lijken onafhankelijke risicofactoren voor postoperatieve complicaties en het beloop van het fysieke herstel na complicaties. Tim Lubbers en zijn collega's schrijven over het onderzoek naar de invloed van spiermassa op het beloop van een darmoperatie.

Tot slot: een black box op de operatiekamer lijkt eng, maar bewijst zijn dienst. Dit blijkt uit onderzoek van promovenda Anne-Sophie van Dalen. Zij onderzocht het effect van de black box op een OK van het Amsterdam UMC.

Veel leesplezier!



Ingrid Lutke Schipholt,
hoofdredacteur Operationeel
redactie@lvo.nl



Hennie Mulder,
redactiecoördinator LVO
operationeel@lvo.nl

'Stap voor stap maken we de OK duurzamer'

Aan plannen maken voor de lange termijn doet Flávia da Silva Felício (39) niet. Maar één ding weet ze wel zeker: voorlopig blijft ze werken als operatieassistent in het OLVG in Amsterdam. Op haar werk zet zij zich actief in voor een duurzamere OK.

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

Hoe zag je loopbaan er tot nu toe uit?

'In 2004 verhuisde ik van Brazilië naar Nederland. Eerst moest ik natuurlijk de taal leren. Toen dat was gelukt, wilde ik gaan studeren. Maar wat? Daar was ik nog niet helemaal uit. Ik deed een beroepskeuzetest en scoorde hoog op zorgberoepen. Daarop besloot ik de opleiding tot verpleegkundige te gaan volgen. In 2015 trad ik in dienst bij het OLVG, waar ik op de behandelkamers ging werken. Daar was ik betrokken bij kleine operaties, onder lokale anesthesie. Dat vond ik zó ontzettend leuk om te doen, dat ik mij graag verder wilde ontwikkelen in die richting. In 2017 ben ik de opleiding tot operatieassistent gaan doen. Sinds anderhalf jaar ben ik gediplomeerd.'

Van wie heb je het meest geleerd tijdens je opleiding?

'Van mijn eerste werkbegeleider, die inmiddels met pensioen is. Hij was heel ervaren en rustig, en gaf mij echt de tijd om te leren. Inmiddels ben ik zelf werkbegeleider en vind ik het belangrijk om studenten dit ook te gunnen.'

Wat vind je het leukste specialisme?

'Traumachirurgie! Gelukkig sta ik daar vaak voor ingepland. Verder heb ik me opgegeven voor een opleiding voor cardiothoracale chirurgie, dat lijkt me ook interessant. Er is echter een wachtlijst, dus ik zal nog even geduld moeten hebben.'

Wat spreekt je aan in dit werk?

'Heel veel. Ik ben geïnteresseerd in het functioneren van het menselijk lichaam, maar ook in techniek. Verder werk ik

graag met mijn handen. En ik vind het heel belangrijk om mensen te kunnen helpen, de patiënt voorop te stellen. Op de OK komt dat allemaal samen. Bovendien is geen werkdag hetzelfde. Iedere fractuur is immers anders. Die afwisseling past bij mij.'

Hoe is de samenwerking met collega's?

'De medisch specialisten, operatieassistenten en anesthesiemedewerkers vormen samen een hecht team. Ik kan het goed met iedereen vinden. Met sommige collega's trek ik ook buiten werktijd op. We gaan af en toe op vrijdag na werktijd samen wat drinken. En met twee collega's, het dochtertje van een van hen en mijn eigen dochtertje ga ik in mei een paar dagen naar Italië om daar te suppen, een hobby van mij.'

'Als iedereen een steentje bijdraagt, kunnen we de wereld samen duurzamer maken'

Hoe heeft de coronapandemie je werk beïnvloed?

'In het begin werden veel operaties uitgesteld. Toen ben ik op de IC gaan helpen. Nu de pandemie grotendeels achter de rug is, hebben we het erg druk met het inhalen van uitgestelde zorg. We hebben op locatie West, waar ik werk, dertien operatiekamers. We kunnen er echter maar maximaal tien tegelijkertijd

gebruiken. Er is namelijk een groot tekort aan operatieassistenten en anesthesiemedewerkers. Gelukkig worden er veel nieuwe mensen opgeleid, maar het duurt natuurlijk even totdat die volledig inzetbaar zijn.'

Je was genomineerd voor de Young Professional Award voor jouw afstudeeronderzoek. Waar ging dat over en hoe kwam je op het idee?

'Ik was op zoek naar een scriptieonderwerp met relevantie voor de praktijk. Toen hoorde ik van collega's dat zij aan het kijken waren hoe de OK "groener" kon worden – ongeveer 20 tot 30 procent van het ziekenhuisafval is namelijk afkomstig uit de OK. Het onderwerp sprak me aan en ik besloot onderzoek te gaan doen naar het reduceren en recycleren van OK-afval. Mijn onderzoeksvraag luidde: in hoeverre kan de afvalstroom verduurzaamd worden binnen het operatiecomplex van OLVG West? Daar werd afval namelijk minimaal gescheiden, alleen het risicoafval werd apart ingezameld.'

Wat ontdekte je tijdens je onderzoek?

'Uit de literatuur bleek dat schoon ziekenhuismateriaal gerecycled mag worden. Ik ontdekte dat een kwart van het OK-afval te classificeren valt als schoon afval. Het kan onderverdeeld worden in drie grote stromen: papier, plastic en *blue wrap*; een inpakmateriaal dat het grootste deel van de afvalstroom uitmaakt. We hebben dagelijks maar liefst twintig kilo blue wrap-afval, alleen al op locatie West! Dat wordt niet hergebruikt, maar verbrand.'



De opbrengst van een dag: twintig kilo blue wrap. Door hier duurzaam mee om te gaan is er een betere toekomst voor de nieuwe generatie, zoals voor de dochter van Flávia.

Heeft jouw onderzoek tot veranderingen in de praktijk geleid?

'Ja. Zo zamelen we papier nu apart in voor recycling. Ook is het Green Team van de OK (zie kader), waar ik deel van uitmaak, inmiddels in gesprek met een afvalverwerkingsbedrijf over de mogelijkheden om plastic te recyclen. Dat blijkt niet zo eenvoudig, omdat er verschillende soorten plastic zijn, die je moet scheiden. Op de OK hebben we daar helaas niet de kennis en tijd voor. Dus we zoeken nog naar een goede oplossing hiervoor.

Verder bekijkt het Green Team, samen met een bedrijf, hoe blue wrap hergebruikt kan worden. Het is gemaakt van polypropyleen, een hard soort plastic. Het plan is om het in een speciale oven om te smelten tot compacte blokken. Van dat materiaal kunnen dan nieuwe producten voor de OK gemaakt worden.'

Wat doet het Green Team nog meer op het gebied van duurzaamheid?

'Wij onderzoeken onder meer hoe we disposables kunnen vervangen door *reusables*. Ook zijn we begonnen met het gescheiden inzamelen van laryngoscoopbladen. Deze instrumenten worden gebruikt bij het intuberen van patiënten en bestaan uit verschillende soorten metalen. De leverancier bekijkt,

samen met bedrijven, of de metalen apart terug te winnen zijn. Verder doen we nog een pilot met darmstaplers, waarbij de producent betrokken is. Deze darmstaplers worden nu ook apart ingezameld. Stap voor stap maken we zo de OK's duurzamer.'

Kunnen andere ziekenhuizen ook iets leren van jouw bevindingen?

'Zeker! Ze kunnen in mijn scriptie ideeën vinden om zelf met verduurzaming aan de slag te gaan. Er is best veel belangstelling van andere ziekenhuizen voor mijn onderzoek. Dat mijn scriptie zo veel collega's in het hele land zou bereiken, had ik vooraf nooit kunnen bedenken. De publiciteit die de nominatie voor de Young Professional Award met zich meebracht heeft er waarschijnlijk aan bijgedragen dat mensen mij weten te vinden. Ook de activiteiten van het Green Team van het OLVG op socialmediakanalen hebben hieraan bijgedragen.'

Ben je thuis ook bezig met duurzaamheid?

'Natuurlijk. Ik rijd een elektrische auto, ik scheid het afval en mijn huis heeft zonnepanelen. Alle beetjes helpen, daarvan ben ik overtuigd. Als iedereen een steentje bijdraagt, kunnen we de wereld samen duurzamer maken.'

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.

Wat doe je over tien jaar?

'Dat weet ik nog niet. Ik vind dit vak ontzettend leuk en wil me er zeker verder in blijven ontwikkelen. Zo volg ik al regelmatig bijscholingen over traumachirurgie en orthopedie. Maar eigenlijk maak ik nooit plannen voor de lange termijn. Ik kijk gewoon welke kansen er op mijn pad komen. Tien jaar terug had ik ook niet durven dromen dat ik nu zo'n leuke baan zou hebben in een geweldig ziekenhuis!'

In dit filmpje leggen Flávia en haar collega's uit hoe het Green Team van het OLVG werkt aan verduurzaming:
tinyurl.com/3mncbsr9

Over het Green Team OK

Green Teams werken aan verduurzaming in de zorg. Het Green Team OK van het OLVG richt zich hierbij specifiek op de operatiekamers. In het team zitten medisch specialisten, kwaliteitsmedewerkers, operatieassistenten en anesthesiemedewerkers, van zowel de locatie OLVG West als de locatie Oost. Er zijn twee werkgroepen: Afval & Disposables en Medicatie & Energie.

Doe op tijd aanvraag ZWiC

Stichting Zorg na Werk in Coronazorg (ZWiC) keert financiële bijdragen uit aan zorgmedewerkers die door hun werk in de coronazorg op de intensive care zijn beland – of aan hun nabestaanden indien zij hierdoor zijn overleden. Inmiddels zijn 134 uitkeringen verstrekt. Toch mist de stichting nog tientallen mensen die hiervoor in aanmerking komen. Ze laat weten een 'laatste offensief' in te zetten om deze groep alsnog te bereiken. Kijk of jij recht hebt op deze uitkering en doe voor 31 december 2022 je aanvraag via www.zwic.nl/aanvragen.

Doel van Stichting ZWiC is een financiële bijdrage voor alle (nabestaanden van) zorgmedewerkers die door hun werk in de coronazorg op de IC zijn opgenomen of zijn overleden. Zodat zij, naast hun zorgen en verdriet, niet ook nog met financiële problemen worden geconfronteerd.

In de afgelopen twee jaar keerde de stichting twintig financiële bijdragen van € 50.000 uit aan nabestaanden van zorgmedewerkers die door coronazorg zijn overleden. Daarnaast gingen 114 bijdragen van € 30.000 naar zorgmedewerkers die op de IC werden opgenomen.

Nu de pandemie in een andere, beter beheersbare fase terecht is gekomen, zet de stichting een laatste offensief in om zorgmedewerkers die tot de doelgroep behoren te bereiken. Zij kunnen dus tot 31 december nog een aanvraag indienen. Per 30 juni 2023 houdt ZWiC op te bestaan. Voorzitter Wietske Blom-Ham: 'Met dit laatste offensief willen we doordringen in de haarvaten van de zorg, zodat elke zorgmedewerker die in aanmerking komt, óf iemand kent die in aanmerking komt, straks op de hoogte is. Eenieders hulp is hierbij van harte welkom!'



Foto Zwic

Ridderorde voor Monique de Kort



Foto: Ivonne Zijp

Monique de Kort-de Krijger, voormalig LVO-bestuurslid en de drijvende kracht achter veel LVO-congressen, kreeg 10 maart een koninklijke onderscheiding uit handen van burgemeester Jan-Frans Mulder. De burgemeester van Hulst was speciaal voor deze gelegenheid naar Theater Gooiland in Hilversum afgereisd. Een volkomen verraste Monique kreeg de onderscheiding tijdens de LVO-webinar die vanuit Hilversum werd gehouden. Zij werd benoemd tot Ridder in de Orde van Oranje Nassau. Monique kreeg de onderscheiding onder andere voor haar inzet voor de gezondheidszorg. Zij was sinds 1979 werkzaam in het Liduina ziekenhuis in Hulst en later in ziekenhuis ZorgSaam in Terneuzen. Vanuit die functie zette zij zich sinds 2000 in voor de Landelijke Vereniging van Operatieassistenten. De eerste twee jaar was ze commissielid PR & Voorlichting. Sinds 2002 was ze bestuurslid Congres. Dat bleef ze tot 2021. Naast haar inzet voor de gezondheidszorg was Monique in de periode van 2013 tot 2018 lid van de Kunstraad in Hulst. Sinds 2015 verzorgt ze als bestuurslid de externe contacten van TY Zeeuws Kamerorkest.

Mededeling

In het vorige nummer stond het artikel *Bewust positief communiceren, Een krachtig gereedschap voor operatie- en anesthesieassistenten*. Dit artikel is geschreven door Cecile Habraken, Suzanne van de Moosdijk, dr. Patricia Riezbos, Klaas Zuurman, dr. Kavitha Houthoff en dr. Dianne van de Ven, allen van de werkgroep positieve communicatie Máxima Medisch Centrum. De laatste twee namen stonden niet vermeld bij het artikel.

Advies Taskforce: erken OK-personeel

De *Taskforce Ondersteuning optimale inzet zorgverleners* adviseert de minister van VWS om OK-personeel te erkennen als verpleegkundige. Het adviesorgaan werd in het leven geroepen om als zorgsector voorbereid te zijn op een eventuele volgende crisis. Er werd bekeken waar het fout ging tijdens de pandemie en hoe zorgpersoneel op een juiste manier kan worden ingezet.

In de taskforce is besproken hoe OK-personeel alsnog het verpleegkundig diploma kan krijgen. Geadviseerd wordt om een passend programma met maatwerk te ontwerpen om de ontbrekende competenties te behalen.

De beroepsverenigingen, waaronder de LVO en de NVAM (anesthesiemedewerkers), willen dat beide beroepen erkend worden als verpleegkundige specialisatie. Voor de reeds gediplomeerden zonder verpleegkundige vooropleiding, die aangetoond hebben gelijkwaardig te werken, is een algemeen pardon op zijn plaats. De LVO en de NVAM vragen de minister hieraan gehoor te geven.

De taskforce bestaat onder andere uit werknemersverenigingen, ervaringsdeskundigen en een klankbordgroep. NU'91 was betrokken als vertegenwoordiger van verpleegkundigen, verzorgenden en aanverwante zorgprofessionals. De LVO en de NVAM namen geen deel aan de taskforce, maar hebben wel hun wensen kenbaar gemaakt.

De taskforce adviseert een flexibele inzet van zorgpersoneel, waardoor meer wordt ingespeeld op de wensen en behoeften van zorgprofessionals. Het vak moet aantrekkelijker worden. Dat kan onder andere door een systeem te creëren waarin een zorgprofessional sectorbreed kan werken. Dus niet alleen in het ziekenhuis of in de gehandicaptenzorg, maar juist in alle branches. Een combinatie van functies over de verschillende sectoren heen zorgt voor meer loopbaanperspectief en meer verdieping van je vak. Een grote belemmering hierbij is dat er vijf cao's zijn.

Young Professional Award



Ga je binnenkort afstuderen of ben je bijna afgestudeerd? Ben je trots op je afstudeerproject of heb je belangrijk onderzoek verricht? Laat het de wereld weten en stuur het in voor de Van Straten Medical Young Professional Award.

De Award-verkiezing is een jaarlijkse competitie voor jonge operatieassistenten, de *young professionals* dus. Het mooie van deze award is dat belangrijke kennis die aanstormende talenten hebben opgedaan, gedeeld wordt. Zo blijft de kennis niet beperkt tot het eigen ziekenhuis. De eerste prijs bestaat uit het Young Professional Award-beeld, een geldbedrag van 200 euro én een artikel over het onderzoek in dit vakblad. Ook de winnaars van de tweede en derde prijs krijgen een vermelding in *Operationeel*. Deze competitie wordt georganiseerd door de LVO in samenwerking met Van Straten Medical, leverancier van chirurgisch instrumentarium.

Stuur vóór 1 juli 2022 je scriptie of afstudeerproject naar onderwijs@lvo.nl. De commissie Onderwijs van de LVO beoordeelt de inzendingen en nomineert de young professionals. Tijdens de Praktijkbegeleiders- en Studentendag in het najaar van 2022 kunnen de genomineerden hun project presenteren. De commissie Onderwijs kiest dan, samen met een vertegenwoordiger van Van Straten Medical, de winnaar, die tijdens het evenement de prijs in ontvangst mag nemen. Tijdens het LVO-congres in het voorjaar van 2023 mag de winnaar het project nog eens aan een groter publiek presenteren.

Ledenvergadering LVO

Noteer vast in je agenda: op 7 juni 2022 is de algemene ledenvergadering van de LVO. De vergadering, met een kort programma, vindt plaats in de namiddag bij Van Straten Medical in Utrecht.

Meer informatie volgt nog, dus houd onze website en sociale media in de gaten.

Save the date

Het LVO-congres 2023 wordt gehouden op 9 en 10 maart 2023. Op dit congres staat het klimaat centraal, en het krijgt de titel mee: Klimaat OK(é).



Black box verbetert communicatie in de operatiekamer

Een goed verlopende ingreep staat of valt met communicatie en samenwerking binnen het operatieteam. Promovenda Anne-Sophie van Dalen onderzoekt het effect van een zogeheten *black box* op de OK: een systeem dat alles registreert wat er tijdens de operatie gebeurt: van het geluid van een opengaande deur tot de lichaamsfuncties van de patiënt.

Tekst en foto: Irene van Elzakker



Anne-Sophie van Dalen (links) en Marlies Schijven.

Anne-Sophie van Dalen wijst op twee grote halve bollen aan het plafond – de camera's – en een langwerpige microfoon. Dat is alles wat er te zien is van de black box in operatiekamer 20. Zes jaar geleden kreeg deze OK op locatie AMC van het Amsterdam UMC als eerste in Nederland zo'n black box: een systeem dat niet alleen beeld en geluid registreert tijdens een ingreep, maar ook gegevens die de apparatuur in de OK bijhoudt over de patiënt. Vrijwel alles wordt

***'In de topsport
kijk je ook
beelden terug'***

meegenomen: van het openen van een deur en de bewegingen van de teamleden en hun onderlinge gesprekken, tot de bloeddruk van de patiënt en wat er op de operatiecamera in de buik te zien is. Met behulp van software worden de gegevens anoniem gemaakt, gesynchroniseerd en

geanalyseerd. Daarna maakt het systeem met behulp van algoritmen een rapport waarin de meest opvallende momenten staan. 'Die momenten kijk je met het hele OK-team terug en vervolgens bespreek je ze', vertelt Van Dalen. 'Dat kunnen zaken zijn die niet zo lekker liepen, maar ook dingen die juist wél goed gingen.'

Veiligheid

Doel van de black box: het verbeteren van de zorg op de operatiekamer en meer

veiligheid voor de patiënt. Van Dalen was vanaf dag één betrokken bij de invoering van de black box, die ook wel kortweg ORBB (Operating Room Black Box) wordt genoemd. Het systeem was vier jaar lang onderwerp van haar onderzoek, waarop ze op 18 februari jl. promoveerde. In haar proefschrift kon ze alvast melden dat naar verwachting meer OK's in het Amsterdam UMC een black box krijgen.

Opgetrokken wenkbrauwen

De invoering van de ORBB zorgde aanvankelijk voor veel opgetrokken wenkbrauwen. Want wat ging er precies met die beelden gebeuren? Konden de registraties ook gebruikt worden om iemand af te rekenen op fouten? Dat is nou juist niet de bedoeling, legt Van Dalen uit, die ook de juridische aspecten van de ORBB onderzocht. 'We hebben het systeem zó ontworpen dat het voor medewerkers veilig is om de black box te gebruiken. Je kijkt namelijk naar het geheel, niet naar één persoon. De kracht van de ORBB is dat je met zijn allen evalueert wat er precies gebeurt in de OK. Daarvoor is wel een cultuurverandering nodig. Het hele team moet zich veilig voelen om te zeggen wat er niet goed is gegaan. Het is dan ook belangrijk om open te zijn over wat je met die gegevens gaat doen: nadat het rapport is gemaakt, worden de originele data gewist.'

Bijna 100 procent tevreden

Uiteindelijk, zo blijkt uit Van Dalens onderzoek, hebben degenen die met

het systeem werkten – zelfs de grootste critici – de black box echt omarmd. Maar liefst 98 procent van hen (van artsen, verpleegkundigen en anesthesiologen tot co- en operatieassistenten) liet weten dat ze collega's aanraden om op deze manier operaties te evalueren. 'In de topsport kijk je ook beelden terug', zegt chirurgiehoogleraar Marlies Schijven, onder meer promotor van Van Dalen en medeverantwoordelijk voor het invoeren van de black box. 'Opereren is naast topsport bij uitstek een teamsport. En wie wil er nou niet tot het beste team behoren?'

'Het hele team moet zich veilig voelen om te zeggen wat er niet goed is gegaan'

Waarde bewezen

De black box heeft inmiddels zijn waarde bewezen, concludeert Van Dalen, en dan vooral op het vlak van niet-technische vaardigheden, zoals de communicatie en samenwerking tussen de leden van het operatieteam. Alle voorgaande initiatieven om deze vaardigheden te verbeteren hadden veel minder succes.

Het waren op het oog kleine, maar o zo belangrijke dingen die de ORBB-data aan het licht brachten. 'Mensen doen regelmatig verkeerde aannames', vertelt Van Dalen. Voor een ander denken, zonder bij deze persoon te checken of dat echt is wat hij of zij wil. Welke lamp bedoel je precies als je zegt dat het licht wat feller mag? 'Duidelijk communiceren blijkt niet altijd makkelijk.'

Naamsticker

Van Dalen wijst naar de naamsticker op haar papieren OK-muts. Ingevoerd omdat de black box aan het licht bracht dat OK-personeel soms niet doorhad dat een mededeling voor hen bedoeld was. 'Tijdens een operatie werk je met wisselende collega's. Het komt best vaak voor dat je in stressvolle omstandigheden iemands naam niet meer weet, erg onhandig als je snel iemand aan moet spreken. Daarom draagt ieder teamlid nu een naamsticker.'

Een *quick win*, noemt promotor Schijven deze aanpassing. En zo kan ze een heel rijtje opnoemen: variërend van de plek waar de operatieassistent gaat staan om instrumenten aan te geven tot het repareren van een wiebelend beeldscherm dat onnodig afleidt. Van Dalen: 'Ieder afzonderlijk leiden deze dingen niet tot incidenten. Maar aan elke echte fout gaat een reeks van dit soort kleine gebeurtenissen vooraf. Juist die moet je voor zijn.'

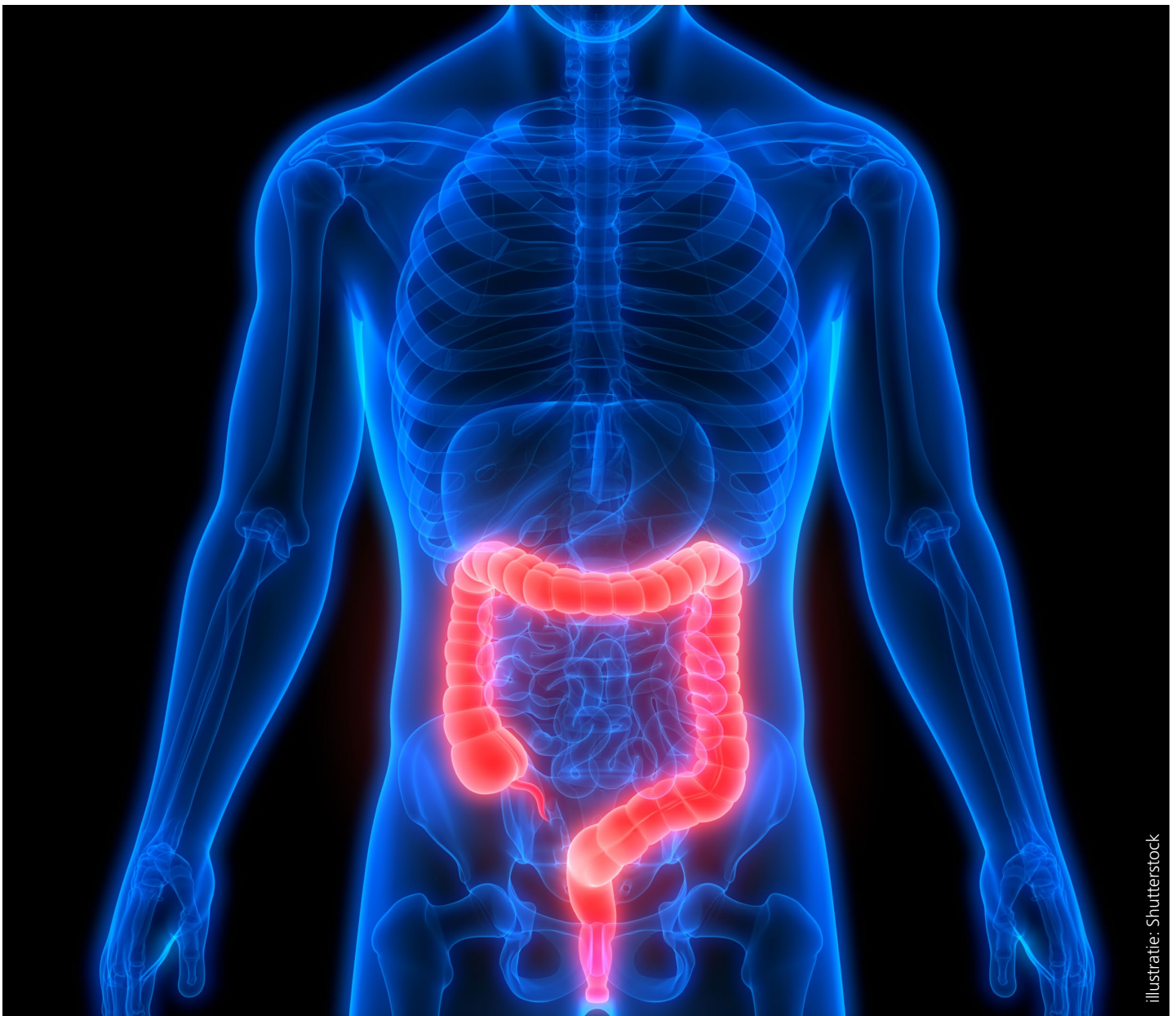
Of de black box voor minder complicaties zorgt in de OK? Moeilijk te zeggen, meent Van Dalen, die dat niet heeft uitgezocht. Schijven: 'Gelukkig weten we door de black box wat er echt gebeurt in de OK, en kunnen we zo nodig aanpassingen doen om nog veiligere en betere zorg te leveren met het hele OK-team. Geweldig toch?'

Dit artikel is eerder gepubliceerd op [amsterdamumc.org](https://www.amsterdamumc.org).

Fysieke fitheid voorspelt complicaties bij darmkankerchirurgie

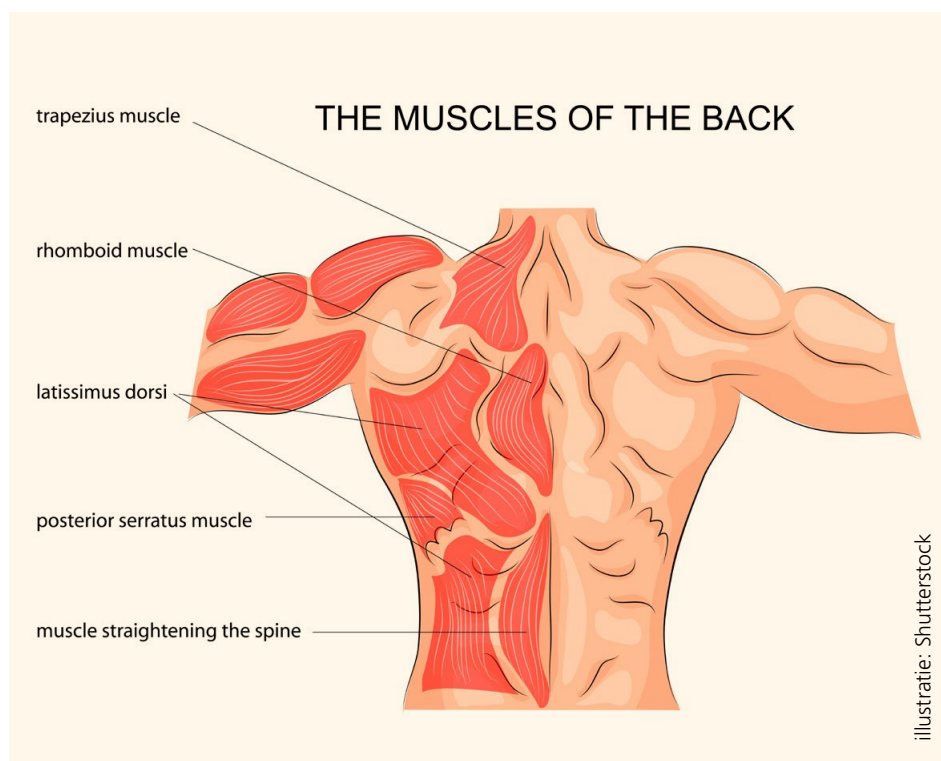
Om te genezen van darmkanker, ondergaan patiënten grote abdominale chirurgie. Het preoperatieve uithoudingsvermogen en de spierkwaliteit van deze patiënten blijken sterke invloed te hebben op de kans op postoperatieve complicaties en het herstel hiervan.

Tekst: drs. A.C.M. Cuijpers, arts-onderzoeker Maastricht University/Maastricht UMC+, dr. B.C. Bongers, klinisch inspanningsfysioloog Maastricht University; prof. dr. L.P.S. Stassen, colorectal chirurg Maastricht UMC+; dr. T. Lubbers, colorectal chirurg Maastricht UMC+



illustratie: Shutterstock

Om tumorvrij te worden, ondergaat 95 procent van alle patiënten grote abdominale chirurgie, waarbij een deel van het colon en/of rectum wordt verwijderd.



De spiermassa weerspiegelt de hoeveelheid spier ten opzichte van het totale lichaamsoppervlak

Darmkanker, oftewel colorectaal carcinoom, is de derde meest voorkomende vorm van kanker bij zowel mannen als vrouwen in Nederland. Ruim 12.000 patiënten worden jaarlijks met de diagnose darmkanker geconfronteerd. Het merendeel van de tumoren bevindt zich in het colon. Bij ongeveer 35 procent van de mensen zit de tumor in het rectum¹. Om tumorvrij te worden, ondergaat 95 procent van alle patiënten grote chirurgie, waarbij een deel van het colon en/of rectum wordt verwijderd¹. Deze operaties gaan helaas nog altijd gepaard met een aanzienlijk risico op postoperatieve complicaties, variërend van wondinfectie en longontsteking tot naadlekkage en sepsis. Deze complicaties belemmeren het herstel van de patiënt, leiden tot een verlengde opnameduur en een vertraagd fysiek herstel².

Preoperatieve risicoschatting

Om het risico op complicaties zo goed mogelijk in te schatten en te verkleinen, wordt voorafgaand aan een operatie een uitvoerige risico-inschatting gemaakt.

Desondanks blijkt het complicatierisico steken rond de 30 procent. Een van de gangbare gedachten is dat een complicatie wordt veroorzaakt doordat het lichaam van de patiënt niet om kan gaan met de stressoren van een operatie. Een operatie stelt een patiënt namelijk bloot aan tal van stressfactoren. Het lichaam reageert op deze stressfactoren met een natuurlijke stressreactie die bestaat uit hormonale, metabole, hematologische en immunologische veranderingen³. Als het lichaam van een patiënt niet in staat is om adequaat om te gaan met deze stressrespons, ontstaat een verhoogde kans op het ontwikkelen van complicaties⁴. Veelgebruikte risico-inschattingen zijn gebaseerd op klassieke risicofactoren zoals leeftijd, geslacht, body mass index en de aanwezigheid van chronische aandoeningen. Deze risicoschattingen lijken echter onvoldoende te meten hoe goed iemand kan omgaan met de stressfactoren van een operatie en met eventuele complicaties⁵. Recentelijk is er toenemende aandacht gekomen voor de preoperatieve lichamelijke

fitheid van een patiënt om het risico op complicaties beter te voorspellen. Iemand's lichamelijke fitheid omvat veel factoren, waarvan vooral het uithoudingsvermogen en de lichaamssamenstelling een voorspellende waarde blijken te hebben. Deze factoren zijn dan ook een doel voor interventies om de fitheid preoperatief te verbeteren⁶. Dit zou bij mensen met een verhoogd risico het risico op complicaties kunnen verkleinen.

Uithoudingsvermogen

Het uithoudingsvermogen weerspiegelt het maximale vermogen van het cardiovasculaire en het pulmonale systeem om zuurstof op te nemen en af te geven aan de weefsels. Daarnaast zegt het iets over het vermogen van deze weefsels om zuurstof op te nemen en te gebruiken als reactie op metabole behoeften. Weinig uithoudingsvermogen voorafgaand aan de operatie kan leiden tot onvoldoende zuurstoftoevoer om aan de verhoogde postoperatieve vraag te voldoen. Daardoor zijn patiënten met weinig uithoudingsvermogen vatbaarder voor complicaties³.



Foto: Shutterstock

Om te genezen van darmkanker, ondergaan patiënten grote abdominale chirurgie.

Een preoperatief fitheidsprogramma kan risico op complicaties verkleinen

Spiermassa en spierkwaliteit

Een andere veelbelovende risicoschatter is de lichaamssamenstelling. Preoperatieve lichaamssamenstelling geeft informatie over de spiermassa en de spierkwaliteit. De spiermassa weerspiegelt de hoeveelheid spier ten opzichte van het totale lichaamsoppervlak. De spierkwaliteit weerspiegelt de mate van vet en vocht in de spier. Een verhoogd vet- en vochtgehalte zorgt voor een lagere kwaliteit van het spierweefsel. Zowel spiermassa als spierkwaliteit zegt iets over de fysieke veerkracht van een patiënt. Verminderde spiermassa en/of spierkwaliteit is gerelateerd aan ondervoeding en is een maat voor

chronische ontsteking. Dit wordt in verband gebracht met slechtere postoperatieve uitkomsten bij darmkankerpatiënten^{3,7}.

Doel van de studie

Het doel van deze studie was om te beoordelen welke relatie het preoperatieve uithoudingsvermogen en de spierkwaliteit hebben met betrekking tot:

- 1) de ontwikkeling en de ernst van postoperatieve complicaties na geplande colorectale oncologische chirurgie;
- 2) het herstel van fysiek functioneren bij patiënten met postoperatieve complicaties na CRC-chirurgie.

Methoden

Alle patiënten ouder dan 18 jaar die tussen januari 2016 en maart 2020 geplande colorectale chirurgie met curatieve opzet ondergingen, werden preoperatief gescreend door een getrainde fysiotherapeut. Door middel van een fietstest (Steep Ramp Test) werd een inschatting gemaakt van het uithoudingsvermogen. Op basis van de preoperatieve CT-beelden werd een analyse gedaan van de spiermassa en de spierkwaliteit (figuur 1). Al deze onderzoeken waren onderdeel van de standaardzorg. Ze leverden geen extra handelingen op voor de patiënt en werden niet in de analyses meegenomen. Enkele subgroepen werden niet in de analyses meegenomen. Dat betrof patiënten die neoadjuvante therapie ondergingen ná de fitheidsmeting, patiënten die deelnamen aan een prehabilitatietraject en patiënten die een bekkenexenteratie ondergingen. De postoperatieve uitkomsten (figuur 2) die gemeten werden waren:

- 1) het optreden van postoperatieve complicaties;
- 2) de ernst van deze complicaties;
- 3) de tijd die mensen nodig hadden om van deze complicaties te herstellen en weer fysiek zelfstandig te kunnen functioneren.

Complicaties werden gescoord door middel van de Clavien-Dindo (CD)-classificatie. Ontwikkeling van een postoperatieve complicatie werd gedefinieerd als een CD-graad I. De ernst van de complicaties werd beoordeeld als mild (CD-graad I of II) of ernstig (CD-graad \geq IIIa). De tijd tot postoperatief herstel van fysiek functioneren werd dagelijks beoordeeld door een fysiotherapeut. De mediane herstelduur die patiënten met complicaties nodig hadden om fysiek te herstellen, werd

gebruikt als afkappunt. Patiënten met een herstelduur langer dan de mediaan werden geclassificeerd als 'gecompliceerd beloop met een hoge impact'.

Resultaten

Het optreden van complicaties

In totaal werden 238 patiënten in de studie onderzocht, waarvan er 96 (40,3%) complicaties ontwikkelden. Patiënten met minder uithoudingsvermogen bleken significant meer complicaties te ontwikkelen dan patiënten met meer uithoudingsvermogen. Ook gecorrigeerd voor eventuele neveneffecten van andere risicofactoren bleef de relatie tussen uithoudingsvermogen en het risico op complicaties sterk. Hoe minder uithoudingsvermogen, hoe groter het risico. Dit was onafhankelijk van de lichaamssamenstelling. Spiermassa en spierkwaliteit hadden weinig tot geen relatie met het ontwikkelen van complicaties.

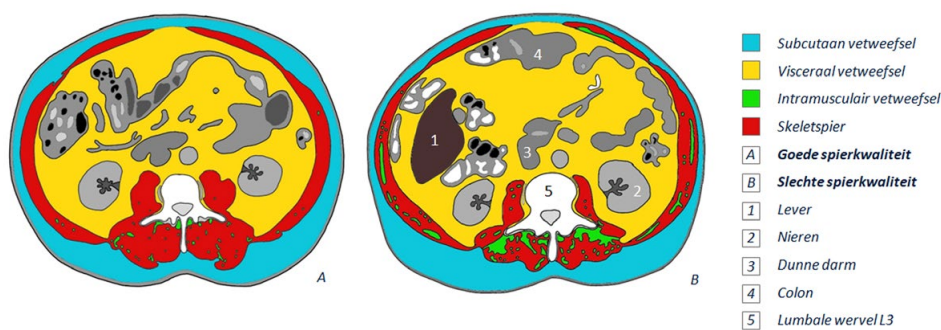
De ernst van complicaties

Patiënten met minder uithoudingsvermogen bleken ook significant ernstigere

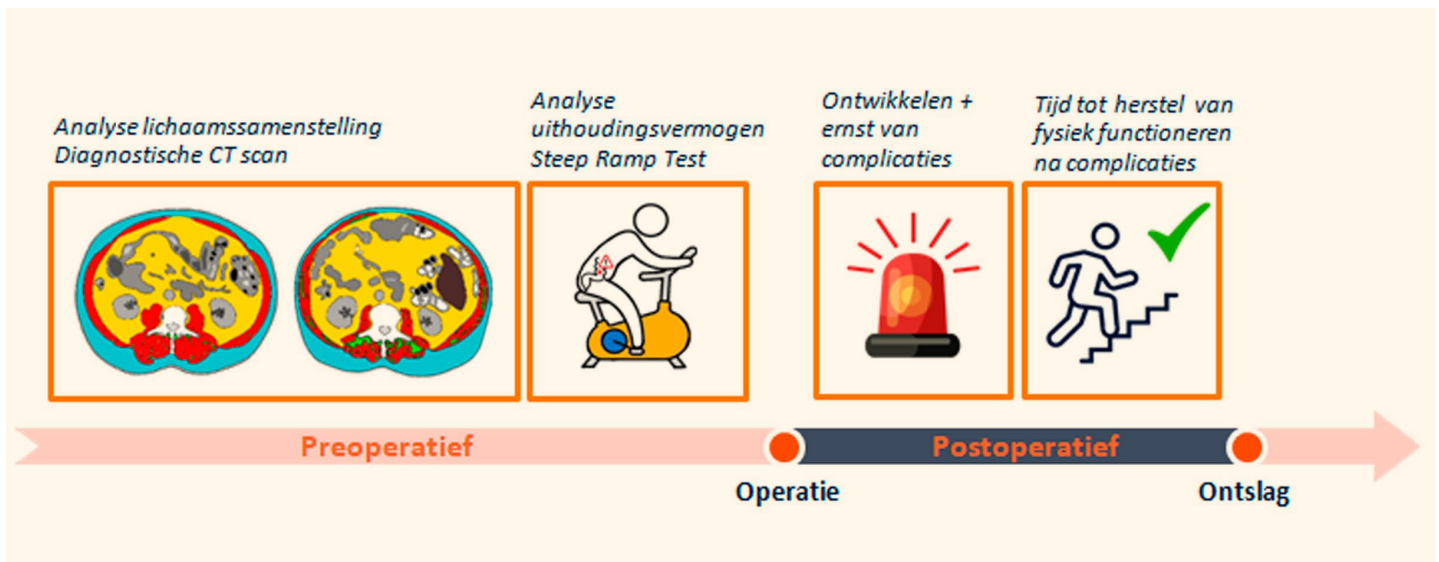
complicaties te ontwikkelen dan patiënten met meer uithoudingsvermogen. Hoe minder uithoudingsvermogen, hoe groter de kans op zowel milde als ernstige complicaties. Dit was vrijwel onafhankelijk van de lichaamssamenstelling. Mensen met een lage spierkwaliteit bleken wel een verhoogd risico te hebben op het ontwikkelen van ernstige complicaties, al was deze relatie niet zo sterk als die met het uithoudingsvermogen.

Tijd tot fysiek herstel bij complicaties

De mediane tijd tot herstel van fysiek functioneren bij patiënten met complicaties was acht dagen. Van de 96 patiënten met complicaties hadden 44 patiënten (45,8%) meer dan acht dagen nodig om te herstellen. Wat bleek was dat een lage spierkwaliteit significant meer voorkwam bij deze patiënten, vergeleken met de patiënten die sneller herstelden. Dit bleek ook onafhankelijk te zijn van de ernst van de complicatie en het uithoudingsvermogen. Spiermassa of uithoudingsvermogen hadden geen relatie met de herstelduur van complicaties.



Figuur 1. Analyse van de lichaamssamenstelling met CT-beelden op niveau van lumbale wervel L3. A) CT-abdomen van een patiënt met goede spierkwaliteit. Hierbij is er weinig vet (groene kleur) aanwezig in de spieren. B) CT-abdomen van een patiënt met een slechte spierkwaliteit, waarbij er meer vet aanwezig is in de spieren.



Figuur 2. Schematische weergave van de studieopzet.

Discussie

Uit de resultaten van onze studie blijkt dat patiënten met minder preoperatief uithoudingsvermogen een verhoogd risico hebben op milde postoperatieve complicaties. Daarnaast leidde zowel weinig uithoudingsvermogen als een lage preoperatieve spierkwaliteit tot een groter risico op ernstige postoperatieve complicaties. Hoewel er geen associatie tussen preoperatieve spiermassa en de ontwikkeling van postoperatieve complicaties werd gevonden, hadden patiënten met een lage spiermassa die complicaties ontwikkelden meer kans op ernstige complicaties.

Uithoudingsvermogen

Patiënten met weinig uithoudingsvermogen hebben mogelijk te weinig cardiopulmonale reservecapaciteit om adequaat te reageren op perioperatieve stressfactoren. Dit maakt deze patiënten mogelijk vatbaarder voor zowel kleine complicaties (zoals cardiovasculaire en pulmonale problemen) als voor ernstige complicaties (zoals naadlekkages, abcesvorming en sepsis)⁸. Een suboptimale lichaamssamenstelling, uitgedrukt als lage spierkwaliteit en weinig spiermassa, is een uiting van verminderde energiereserves en ondervoeding. Dit is

gerelateerd aan chronische ontsteking, onder andere omdat het vetgehalte in de spieren gepaard gaat met insulineresistentie en chronisch verhoogde niveaus van ontstekingsstoffen⁹. Zo'n chronische ontsteking zou de fysiologische reactie op perioperatieve stressoren te weerstaan kunnen verstoren. Daarnaast kan zo'n ontsteking de genezing van wonden en darm-anastomosen kunnen belemmeren en het risico op postoperatieve infecties vergroten. Dit zou kunnen verklaren waarom weinig spierkwaliteit voornamelijk gerelateerd is aan het risico op ernstige complicaties, niet aan milde complicaties.

Spierkwaliteit

Interessant genoeg bleek spierkwaliteit, en niet uithoudingsvermogen of spiermassa, voorspellend te zijn voor de impact van complicaties op de postoperatieve tijd tot herstel van fysiek functioneren. Herstel van fysiek functioneren na complicaties lijkt meer af te hangen van andere onderliggende factoren, zoals de 'immunologische reservecapaciteit' van een patiënt. Het zou interessant zijn om in toekomstige studies de exacte rol te ontrafelen van chronische ontsteking en lichaamssamenstelling in het ontwikkelen van complicaties en het postoperatief herstel.

Prehabilitatie

De laatste jaren is er steeds meer aandacht voor prehabilitatie. Dit houdt in dat patiënten een traject doorlopen om hun fitheid voorafgaand aan de operatie te verbeteren. Ze volgen onder andere een trainingsprogramma en passen hun voeding aan. Het is gebleken dat patiënten met weinig uithoudingsvermogen door deze programma's hun fitheid in korte tijd kunnen verbeteren en hun risico op complicaties kunnen verkleinen^{6, 10}. Het is echter nog niet duidelijk of deze korte programma's ook voldoende effect hebben op een verbetering van de lichaamssamenstelling om zo het herstel na operaties te verbeteren.

Conclusie

Uithoudingsvermogen en spierkwaliteit lijken onafhankelijke risicofactoren voor postoperatieve complicaties en het beloop van het fysiek herstel na complicaties. Weinig uithoudingsvermogen vergroot het risico op het ontwikkelen van zowel milde als ernstige complicaties. Een lage spierkwaliteit is geassocieerd met een langdurig herstel na complicaties. Beide variabelen kunnen waardevolle toevoegingen zijn om de preoperatieve risico-inschatting bij colorectale oncologische chirurgie te verbeteren. Daarnaast kunnen patiëntgerichte preoperatieve interventies worden aangeboden om patiënten met minder complicaties door hun operatie te loodsen.

Referenties

1. (IKNL) DCRN-IDCC. Registry of colorectal cancer - incidence 2019 [Available from: <https://iknl.nl/kankersoorten/darmkanker/registratie/incidentie>].
2. Brown SR, Mathew R, Keding A, Marshall HC, Brown JM, Jayne DG. The impact of postoperative complications on long-term quality of life after curative colorectal cancer surgery. *Annals of surgery*. 2014;259(5):916-23.
3. Bongers BC, Dejong CHC, den Dulk M. Enhanced recovery after surgery programmes in older patients undergoing hepatopancreatobiliary surgery: what benefits might prehabilitation have? *European Journal of Surgical Oncology*. 2021;47(3, Part A):551-9.
4. Dronkers J, Witteman B, van Meeteren N. Surgery and functional mobility: doing the right thing at the right time. *Tech Coloproctol*. 2016;20(6):339-41.
5. Cuijpers ACM, Heldens A, Bours MJL, van Meeteren NLU, Stassen LPS, Lubbers T, et al. Relation between preoperative aerobic fitness estimated by steep ramp test performance and postoperative morbidity in colorectal cancer surgery: prospective observational study. *The British journal of surgery*. 2022;109(2):155-9.
6. Barberan-Garcia A, Ubré M, Roca J, Lacy AM, Burgos F, Risco R, et al. Personalised Prehabilitation in High-risk Patients Undergoing Elective Major Abdominal Surgery: A Randomized Blinded Controlled Trial. *Annals of surgery*. 2018;267(1):50-6.
7. van Vugt JLA, Coebergh van den Braak RRJ, Lalmahomed ZS, Vrijland WW, Dekker JWT, Zimmerman DDE et al. Impact of low skeletal muscle mass and density on short and long-term outcome after resection of stage I-III colorectal cancer. *European Journal of Surgical Oncology*. 2018;44(9):1354-60.
8. Davies RG, Tobin S, Moses T, Appadurai IR, Rose G, Bailey DM. Bowel cancer surgery outcomes and pre-operative cardiopulmonary exercise testing: insights from real-world data. *Anaesthesia*. 2018;73(11):1445-6.
9. Deutz NEP, Ashurst I, Ballesteros MD, Bear DE, Cruz-Jentoft AJ, Genton L et al. The Underappreciated Role of Low Muscle Mass in the Management of Malnutrition. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2019;20(1):22-7.
10. Berkel AEM, Bongers BC, Kotte H, Weltevreden P, de Jongh FHC, Eijsvogel MMM et al. Effects of Community-based Exercise Prehabilitation for Patients Scheduled for Colorectal Surgery With High Risk for Postoperative Complications: Results of a Randomized Clinical Trial. *Annals of surgery*. 2022;275(2):e299-e306.

Een halve eeuw spataderchirurgie

‘Mijn moeder lag in de jaren ’60 twee weken in het ziekenhuis voor haar spataderen. Begrijp ik nu goed dat mijn spataderoperatie in een uur gebeurt, poliklinisch, onder plaatselijke verdoving, dat er geen littekens komen en dat ik maar een dagje een steunkous krijg?’ Verpakt in een simpele vraag van een hedendaagse patiënt wordt duidelijk hoe de spataderchirurgie zich in ruim een halve eeuw heeft ontwikkeld. Chirurg Marc Scheltinga vertelt hoe die ontwikkeling is gegaan.

Tekst: Marc Scheltinga MD PhD, chirurg

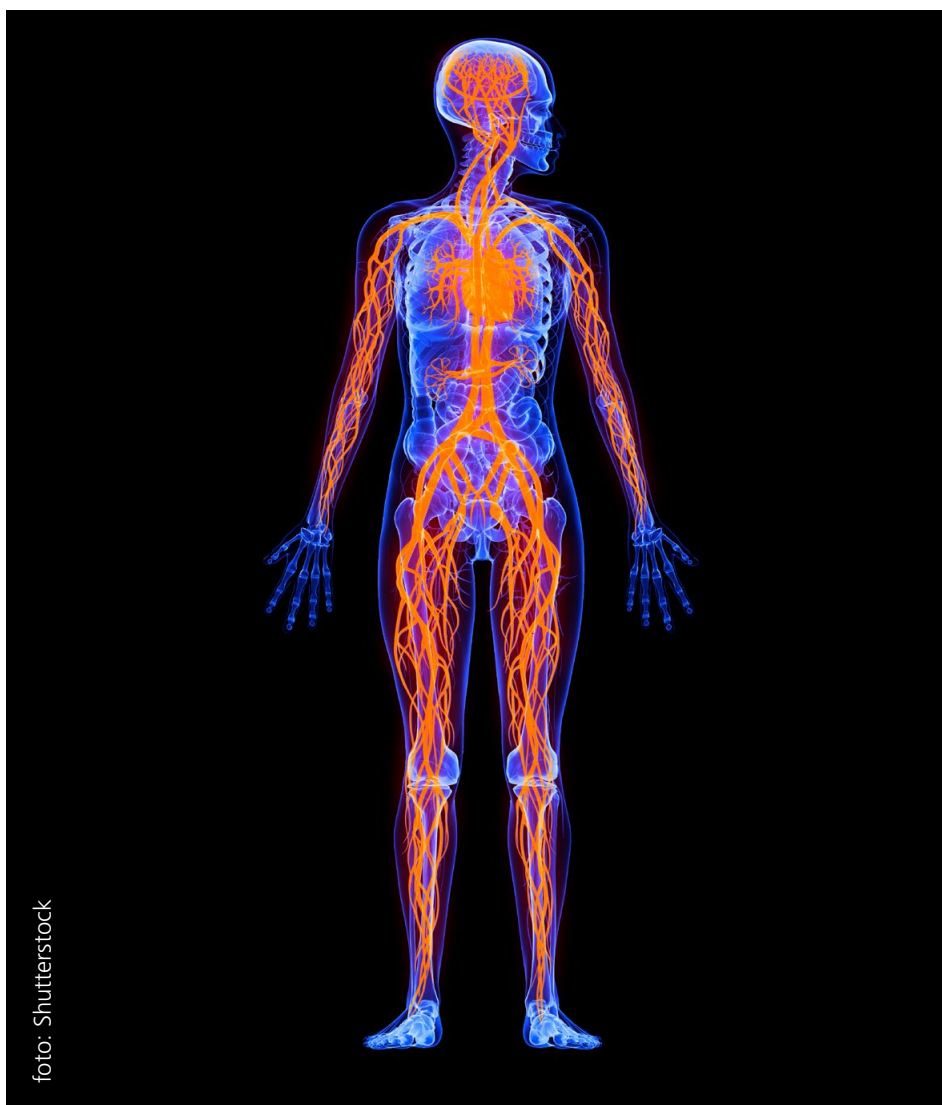


foto: Shutterstock

Waarom heten spataderen eigenlijk zo? Ik heb er oudere medische en etymologische woordenboeken op nageslagen, maar ving overal bot. Internet hielp me ook niet verder. Een ding weet ik wel zeker: vroeger was men bang dat deze onderhuidse vaatkluentjes spontaan konden ‘openspatten’. De angst was dat een beetje stoten al tot bloedingen zou leiden, ook al omdat de huid over zo’n uitgezet adertje kwetsbaar en dun was geworden. Het is waarschijnlijk dat deze spontane bloedingen uit spataderen (medische term: varices) vroeger vaker voorkwamen. Immers, de mensen liepen veel langer door zonder medische hulp te vragen. Echter, in de dertig jaar dat ik betrokken ben bij spataderbehandeling, heb ik zo’n acute bloeding maar drie keer meegemaakt. Dus de term spatader is anno 2022 in de praktijk een verkeerde benaming.

Spataderchirurgie omstreeks 1970

In de periode 1950-1970 was er maar een beperkt aantal chirurgische technieken voor varices voorhanden. Bijna iedereen met spataderen kreeg de ‘lange stripprocedure’. Er werd een snee in de lies gemaakt en de lekke ader werd doorgesneden. Een metalen draad werd vervolgens door de ader vanuit de lies tot aan de voet opgeduwd en daar via een snee naar buiten gebracht. Er werd een knop op de metalen draad gemonteerd (small, medium, large; foto 2). Hierna werd de ader van lies naar enkel ‘gestript’. De ader moest soms met veel moeite en kracht bij

De bloedsomloop, bloedvaten- of vaatstelsel is het systeem van bloedvaten waardoor het bloed in ons lichaam circuleert. Het hart- en vaatstelsel of cardiovasculair systeem omvat daarnaast ook het hart.

'Tegenwoordig is het mes bij spataderoperaties vrijwel overbodig geworden'

de enkel eruit worden getrokken, wat niet zelden gepaard ging met rondspattend bloed (foto 3). Is dat soms ook een reden waarom ze 'spataderen' worden genoemd? Dat hierbij het weefsel rondom de ader eveneens werd omgeploegd door die knop, moest op de koop toe worden genomen. Deze procedure leidde nogal eens tot fikse onderhuidse bloedingen, ontstekingen of soms zelfs tot zenuw schade. Ik heb nog steeds een patiënt in de praktijk die vanwege onduidelijke pijn door zenuwbeschadiging na een lange spataderstrip koos voor een onderbeenamputatie: 'Dokter,' zei hij, 'ik ben die chirurg nog steeds dankbaar dat hij de amputatie heeft willen doen, want de zenuwpijn was niet te harden.' We zien tegenwoordig ook nog wel eens oudere patiënten die vroeger operaties hebben ondergaan en die nu weer last krijgen van hun spataderen. Op foto 1 is het onderbeen van zo'n oudere patiënt te zien. Bij navraag waren in 1964 'spataders bij haar knie weggesneden'. Het enorme litteken is vijftig jaar later nog duidelijk te zien. Het levende bewijs van de aloude stelling 'Grote chirurgen, grote snedes'.

Spataderchirurgie omstreeks 1990

Gaandeweg werd duidelijk dat een lange stripprocedure niet per se lang hoefde te zijn, maar dat een 'korte strip' (lies tot knie) van de ader minstens zo effectief was. Bovendien bleek de kans op zenuwletsel veel kleiner. Een schrandere vaatchirurg vond vervolgens uit dat de knop eigenlijk helemaal niet nodig was!

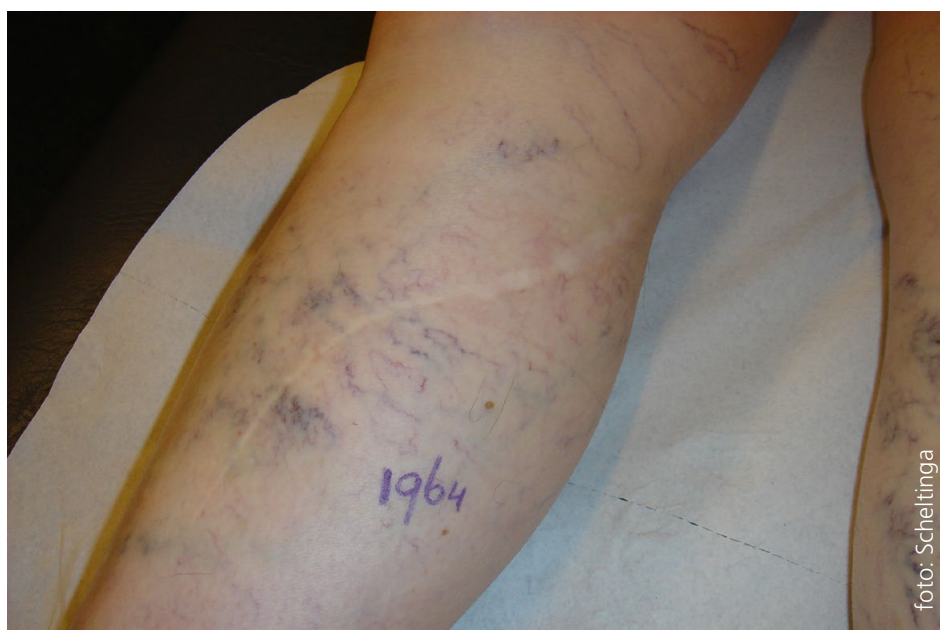


foto: Scheltinga

Spataderchirurgie anno 1964: een grote snede werd nodig gevonden om kniespataders te verwijderen.



foto: Scheltinga

Knopstrip rond 1980: door aan de metalen draad met knop erop te trekken, werd de lekke ader als een harmonica naar buiten getrokken.

Als je de metalen draad met een touwtje stevig vastbond op de doorgesneden ader, en je trok eraan, stulpte de ader vanzelf ergens halverwege binnenstebuiten, waarna deze via een klein sneetje onder de knie kon worden verwijderd: de 'geïnvagineerde strip' (foto 4). Een groot voordeel was dat het omliggende weefsel niet werd beschadigd tijdens het eruit trekken. Nadat deze techniek eind jaren '90 in zwang was gekomen, hebben we dit in MMC tot 2005 standaard gedaan. Soms doen we het nu zelfs nog.

Spataderchirurgie vanaf 2005

Ondertussen had Parodi de wereld veroverd! Deze Argentijnse visionair vond dat we als vaatchirurgen onze focus moesten verleggen: 'Niet van buitenaf, maar van binnenuit' was het devies. Immers, de meeste zieke bloedvaten vertonen afwijkingen aan de binnenzijde,

dus waarom therapie van buitenaf? Het is toch veel logischer om vaatafwijkingen van binnenuit te cureren? Al jarenlang doen we lieskatheterisaties, gaan we met holle naalden de bloedvaten in en uit. Waarom proberen we dit probleem dan niet ook 'minimaal invasief' op te lossen? We begonnen met het endovasculair behandelen van slagaderafwijkingen. Toch duurde het nog een tijdje voordat de stap naar aders werd gemaakt, en toen naar spataders. Maar hierna was er geen houden meer aan.

Als je in de loop van de dag vermoeide benen voelt, vocht vasthoudt en zichtbare spataderen hebt, zal de moderne vaatchirurg een echo laten maken van je aders. Als de klepjes in de oppervlakkige aders inderdaad lekken, is er een reden om je chirurgisch te laten behandelen. Tegenwoordig gaat dat dus via een klein prikje onder de knie. Zo wordt de ader tot in

de lies gekatheteriseerd. Hierna wordt met kleine speldenprikjes een slurf koud water met verdovingsvloeistof rondom de lekke ader in het bovenbeen gelegd, waarna de katheter wordt verhit tot 120 graden Celsius (foto 5). Dit verhitten is helemaal pijnloos. De ader wordt zo binnen twee minuten dichtgeschroeid en kan dan niet meer lekken, maar blijft wel in het lichaam achter. Binnen een uur is het klaar, en daarna 24 uur een steunkous. Deze techniek is bewezen duurzaam, patiëntvriendelijk en wordt poliklinisch uitgevoerd.

Was het adagium vroeger dus 'Grote chirurgen, grote snedes', tegenwoordig is het mes bij spataderoperaties vrijwel overbodig geworden. Tijd voor een nieuwe leus 'Grote chirurgen, kleine gaatjes'!

Dit artikel is eerder gepubliceerd in Medisch Journaal, nummer 2 2021.



Het bloed spatte in het rond tijdens strippen: letterlijk 'spataderchirurgie' dus.



Spataderchirurgie tot 2005: de lekke ader werd binnenstebuiten net onder de knie verwijderd.



Spataderbehandeling sinds 2005: alles via een prikje en van binnenuit dichtbranden.

Veel vraag naar themanummer darmkanker



Er is veel vraag naar ons themanummer over darmkanker (nummer 5 uit 2021). Deze speciale editie van **Operationeel** wordt gebruikt als nascholing over darmkanker.

Wil je een of meer exemplaren van het themanummer? Mail dan naar Hennie Mulder, redactiecoördinator LVO: operationeel@lvo.nl. Vermeld daarbij het adres en het aantal exemplaren dat je wil bestellen.

De prijs is € 15 per exemplaar inclusief verzendkosten.

Onderwerpen in het themanummer over darmkanker:

- Anastomose
- Behandelplan
- Beeldgeleide chirurgie
- Bevolkingsonderzoek
- Biopsie
- Chemotherapie
- CME
- Colorectale chirurgie
- Coloscopieonderzoek
- Diagnostiek
- Dukes-stadiëringssysteem
- ERAS
- Erfelijkheid
- Follow-up
- HIPEC
- Innovatie
- IORT
- LARS
- Lynch-syndroom
- Multi Disciplinair overleg
- Naadlekkage
- Ovariële metastasen
- Palliatieve therapie
- Pathologisch rapport
- Patiëntveringsverhalen
- Perioperatieve risicofactoren
- Polyposis
- Psychologische impact
- Radiotherapie
- Right Study
- Stoelgang
- Stomazorg
- TAMIS
- Transanale chirurgie
- TaTME
- TME
- Vantage trial
- Verpleegkundige interventies
- Laparoscopische hemicolectomie
- Endoscopische full-thickness resectie

Doe mee met de grote Operationeel/LVO-enquête

De LVO houdt in mei een grote **Operationeel/LVO-enquête**. Dit is het moment om alles wat je kwijt wilt aan ons te laten weten.

Maak van je hart geen moordkuil.
Wij willen graag weten wat je van ons vindt of wat beter kan.

Je vindt de enquête vanzelf in je mailbox.



Het mes snijdt aan twee kanten

Marlies van der Hoeven schrijft boek over haar militaire missies

Marlies van der Hoeven is operatieassistent en militair reservist. Tijdens haar buitenlandse missies schreef ze nieuwsbrieven om haar collega's, vrienden en familie op de hoogte te houden van het leven en werken in uitzendgebieden, binnen de muren van de compounds. De eerste brieven dateren uit 2004 en de laatste uit 2018. Onlangs verscheen haar boek *Het mes snijdt aan twee kanten*, gebaseerd op de nieuwsbrieven van toen.



Nederlandse militair reservisten hebben hun ziekenhuis op de basis van Tarin Kowt UMC genoemd.

‘De brieven, zoals in dit boek gepubliceerd, geven een beeld van de uitzendingen zoals ik ze op dát moment heb ervaren. Inmiddels heb ik zelf ook een ontwikkeling doorgemaakt en zou ik sommige dingen nu wellicht heel anders zien, doen of beleven.’ Zo begint

Van der Hoeven haar boek. Voor deze *Operationeel* selecteerden we een aantal fragmenten. Ze nemen ons mee naar Bosnië-Herzegovina, Gabon, Afghanistan en Zuid-Afrika.

Tekst en foto's: Marlies van der Hoeven

Met SFOR in Bosnië-Herzegovina (2004)

Banja Luka 1

Op 30 april, Koninginnedag, zijn we eind van de ochtend vertrokken vanaf Schiphol met een compleet chirurgisch team uit Beverwijk. Dit wordt onze allereerste uitzending voor Defensie, een geheel nieuwe ervaring dus. Na een voorspoedige vlucht van twee uur landden we in Zagreb (Kroatië) en na nog eens twee uur rijden met een busje kwamen we aan in Banja Luka (Bosnië en Herzegovina). Daar aangekomen werden wat praktische zaken afgehandeld en konden we ons installeren in onze tijdelijke kamer, die ik deel met mijn collega, tot onze voorgangers zijn vertrokken. Onze plunjebalen waren zelfs al gearriveerd, dus tot nu toe verloopt alles op roltjes, boven verwachting eigenlijk.

Het kamp is gevestigd rond de voormalige Banja Luka Metal Factory (BLMF), inmiddels een spookfabriek met werkloze machines en veel lege ruimte, waarin nu diverse containers staan met verschillende functies. Momenteel verblijven er ongeveer 70 Nederlanders en 1000 Engelsen en Canadezen. Overdag werken er ook nog zo'n 250 locals op het kamp. Eind van de middag is het soms net of de fabriek uitgaat, allemaal mensen met pasjes die de poort uitlopen. Ons eerste avondeten was zeer overvloedig en erg lekker, dus dat wordt beheersen of heel veel trainen, er is gelukkig een goed ingerichte sportzaal.

(...) 's Avonds kregen we de piepers overgedragen van onze voorgangers en werden we ingewerkt op de OK, zodat zij nog een tripje kunnen gaan maken. Vanaf nu 'zijn we ervan' en hebben we dus 24/7 dienst als

enige OK-team. Ik ben benieuwd wat dat gaat brengen. In feite hoop je maar dat we niks te doen krijgen, omdat dat een slecht teken zou zijn, maar als het dan toch nodig is zijn we er! De medische unit ligt net buiten de Metal Factory en bevat een ruimte voor spoedeisende hulp en een OK. Het is echt alleen voor de eerste opvang en behandeling van gewonden. Op zich kun je er goed werken, maar sommige dingen zijn wel een beetje behelpen: als je iets moet halen moet je meteen naar buiten omdat daar de opslag is, in een container. Het zal wel goed komen allemaal. (...)

Na de eerste werkweek hebben we onze draai aardig gevonden, met een redelijk vaste dagindeling. Kwart over zeven staan we op, kwart voor acht gaan we ontbijten, wat we maar heel sober houden. Halfnegen is dan de 'Morning Prayer', de dagelijkse overdracht voor al het medisch personeel. Inhoudelijk is het meestal niet zo boeiend, zonder patiënten ben je snel klaar. Daarna gaan we naar de OK om alle apparatuur te checken, een dagelijkse verplichting.

(...) 's Middags proberen we vaak met een paar man te gaan wandelen buiten de poort. Aan die wandelingen zijn wel de nodige regels verbonden: je moet met minimaal twee personen zijn en in burgerkleding. Je moet je officieel afmelden bij het Nederlandse communicatiecentrum en vervolgens ook nog een keer bij de poort van het kamp, waar je ook precies moet aangeven welke uitgestippelde wandelroute je gaat lopen, deze zijn tussen de zes en vijftien kilometer lang. De routekaartjes dateren echter uit 1977, zodat we nogal eens wat tijd kwijt zijn met zoeken



naar het 'rechte pad'. De omgeving is mooi, heuvelachtig en heel landelijk. De paden zijn gecleard voor mijnen, maar af en toe zien we op enige afstand van het pad merktekens waarvan we vermoeden dat daar mijnen mee gemarkeerd zouden kunnen zijn, maar daar komen we dus niet!

(...) Na het eten kijken we meestal met een grote groep mensen naar het achtuurjournaal in het Holland House. Regelmatig gaan we ook nog naar de bioscoop. Binnen in de Metal Factory staat een uitschuiftruck van de Engelsen, met daarin een complete bioscoop. De Engelsen hebben voorrang bij de film, maar als er vijf minuten voor aanvang nog plaats is, mogen wij ook naar binnen. De zaal is echt fantastisch, met plaats voor een man of tachtig, een groot beeldscherm, prima geluid, stoelen zo opgesteld dat het naar beneden toe afloopt. Kortom, een zeer professionele filmzaal. (...)

Wij zijn pas het tweede operatieteam hier in Banja Luka. Voorheen was het ziekenhuis namelijk in Sipovo gevestigd. Na deze verhuizing zijn er echter nog wel wat onvolkomenheden. Het grootste probleem waar wij tegenaan lopen, is dat de sterilisatie-unit nog niet in werking is. Wij zijn druk met inventariseren wat er aan instrumentarium ligt, maar hebben niet de mogelijkheid om een set open te maken, omdat die dan niet snel opnieuw gesteriliseerd kan worden. De noodoplossing is dat de spullen in het Duitse hospitaal bij Sarajevo gesteriliseerd kunnen worden, maar dat is enkele reis al viereneenhalf uur rijden!

Met Eufor RD Congo in Gabon (2006)

Gabon 4

Afgelopen zondag, een 'vrije dag', hadden we de kans er met het team op uit te trekken, een kans die we maar meteen hebben verzilverd, want in dit wereldje weet je nooit wanneer en of de volgende kans zich aandient. Het kostte evengoed nog moeite om alle lichten voor dit uitstapje op groen te krijgen, maar onder het mom van de voorbereiding voor het werkbezoek van de Nederlandse generaal binnenkort, lukte het uiteindelijk.

In alle vroegte vertrokken we richting Lambaréné, nadat we alle mensen op drie locaties bij elkaar hadden gesprokkeld, vanwege diverse diensten. Het was een lange rit, een kleine vier uur. Het was erg leuk om iets van Gabon te kunnen zien.

Het landschap is op zich niet spectaculair, maar wel zéér groen. Veel begroeiing, veel bomen, heel veel houtkap. Het is vrij vlak, hooguit een beetje heuvelachtig. Er is slechts één hoofdweg door Gabon, wat niet wil zeggen dat het dus een goede weg is.

Tegen elven arriveerden we in het legendarische Lambaréné, waar we werden ontvangen door een chirurg en een uitgebreide rondleiding kregen door het nieuwe hospitaal. We werden langs alle mogelijke afdelingen geleid. Het was wel een ziekenhuis vol vergane glorie, alsof er sinds de oprichting dertig jaar geleden niets meer aan was gedaan. Het ziekenhuis bestaat uit meerdere paviljoens, en je ziet de patiënten heel relaxed buiten en binnen rondscharrelen. Daarna kregen we nog een rondleiding door het oude hospitaal van Albert Schweitzer, nu een museum. Het was heel bijzonder om daar rond te lopen. Albert Schweitzer heeft een zeer bescheiden graf, maar wel op een heel idyllisch plekje, pal achter het ziekenhuis, vlak bij het water. Na de lunch vertrokken we weer richting Libreville. Onderweg liep er ergens een enorme



"Wat een cultuurshock, in mijn ogen was echt alles onsteriel."

leguaan over de weg. De chauffeur maakte een slinger om dat beest expres wél te overrijden. Wij dachten allemaal iets in de trant van: wat doet die gek nou? Hij zei maar lachend: 'À manger, à manger!', terwijl hij naar iemand in de verte zat te seinen, waarop er een Gabonees kwam aangerend. Die was dolenthousiast en helemaal blij met dit onverwachte zondagsmaaltje. Zo zie je maar, niet alles is wat het lijkt. Vlak voor zonsondergang stopten we nog bij een klooster op een heuvel nabij Libreville.

(...)

Maandag en dinsdag hebben we bij onze Franse parachutist nogmaals een verbandwisseling onder narcose uitgevoerd. Dinsdagavond is hij gerepatrieerd. Ik ben benieuwd of er voor ons nog meer patiënten uit de lucht komen vallen. We wachten het af. Vrijdag hebben we geopereerd in het plaatselijke ziekenhuis. Dat kwam toevallig op ons pad, toen we er toch waren. Ze wilden graag de hulp van onze chirurg hebben en hij wilde dan weer graag dat ik dan ook meedeed. Wat een cultuurshock, in mijn ogen was echt alles onsteriel. Het was wel een uitdaging om bij een Franstalige chirurg te instrumenteren, de taalbarrière is dan toch aanzienlijk. Die chirurg was echter zeer te spreken over de manier waarop er werd geïnstrumenteerd. Hij wilde onze werkwijze daar ook per direct ingevoerd hebben geloof ik. Ik ben er alleen nog niet achter wat nou echt het verschil was. Wellicht

hebben we daar dan toch nog wat kunnen bijdragen. Het blijft bizar dat we hier op een uitzending met woon-werkverkeer te maken hebben. Het is toch absurd om 22 km van je werkplek af gelegd te worden. Het verkeer is 's morgens en 's avonds een ware heksenketel. Er is maar één grote weg door Gabon en Libreville, waar bijna de gehele bevolking van Gabon woont en waar dus ongeveer de gehele populatie tegelijk langs moet. Kruisingen worden ramvast gezet met auto's, zodat er niemand meer langs kan. Wie het hardste toert en het drukst gebaren maakt is waarschijnlijk de baas. Voetgangers lopen met hordes tegelijk over de weg, op zoek naar taxi's. Echt, het is een complete chaos.

De enige legale ontsnappingsmogelijkheden op werkdagen zijn sporten, naar een andere legerbasis in de buurt gaan of naar de supermarkt. Het is natuurlijk zaak hier een beetje creatief mee om te springen en zo ook nog eens in het plaatselijke museum te belanden, op de markt of bij de kleermaker. Zo'n uitbraakpoging dient echter wel uiterst secuur uitgevoerd te worden, want we worden ernstig in de gaten gehouden: 'Wo sind die Holländer?'. Behalve de locaties voor legering en werk hebben we ook nog een locatie om te sporten. We hebben in de stad toegang tot de plaatselijke sportschool met zwembad. Al met al is het een eindeloos heen en weergezeul met rugzakken, sportspullen, laptops en waszakken tussen de diverse locaties.

Met ISAF in Uruzgan, Afghanistan (2007)

Tarin Kowt 5

Zaterdag hadden we een voordracht over het RIT, het rampenidentificatieteam. De spreker, een tandarts, was zelf mee geweest naar Thailand, na de tsunami. Zijn verhaal was erg interessant moet ik zeggen, met veel feiten die ik voor het eerst hoorde.

Zaterdagavond zaten we klaar voor de wekelijkse film, toen het ineens over was met de rust. Er kwam een MASCAL met maar liefst negen zwaargewonde Afghanen na een auto-ongeluk in TK-stad (avondje stappen na de poppy-oogst, gaat het verhaal). Ze stonden ineens voor de poort, dus in no time was iedereen in de weer. De gewonden stroomden achter elkaar binnen. Eén man bleek bij aankomst overleden, maar de andere acht hebben we op de eerste hulp kunnen stabiliseren.

Drie van hen zijn na stabilisatie overgedragen aan onze Amerikaanse burens, om ons systeem niet meteen helemaal vol te gooien. Twee werden bij ons op de IC opgenomen en twee anderen moesten diezelfde avond nog geopereerd worden, zodat we tot halfdrie 's nachts bezig waren. Het is mooi om te zien hoe iedereen in zo'n situatie doet wat hij kan en meehelpt.

De mensen die niet direct werk hebben op zo'n moment, de tandarts en zijn assistente bijvoorbeeld, zorgden na de eerste hectiek voor de inwendige mens, en regelden koffie, thee, fris en wat vast voer. Tussen de operaties in konden we zo even op het terras bijtanken met z'n allen, net één grote familie. De hele traumaopvang verliep in elk geval zeer bevredigend, daar kan geen oefening tegen op.

Na een kort nachtje was het weer vroeg dag en ook een drukke dag. We hebben het kind met brandwonden weer op de OK gehad, vervolgens een patiënt met scherfwonden, en nog een meisje met schotwonden (één kogel leverde vier in- en uitschotwonden in schouder en kin, zonder vitale delen te raken, hoezo mazzel?). Ondertussen kwamen er nog een paar gewonden op de eerste hulp, maar die konden het zonder chirurgie af, gelukkig.

Toen ik 's avonds om halfelf lekker op tijd naar bed wilde, werd ik bij de deur tegengehouden omdat de patiënt met scherfwonden van die middag ineens instabiel werd. Tegelijk werd nog een traumapatiënt aangekondigd met een enorme schotverwonding in zijn bovenbeen. Deze hebben we eerst afgewacht en gestabiliseerd.

Vervolgens hebben we de instabiele patiënt geopereerd, wat een uitdaging was, en daarna nog de man met de schotwond. Dit keer mochten we om drie uur naar bed. Kwart voor vijf mochten we er alweer uit voor dezelfde instabiele patiënt, die nog steeds een hevige bloeding in zijn lever had. Om zeven uur zijn we weer even terug in bed gedoken om nog twee uurtjes slaap te pakken.

Na zo'n korte en gebroken nacht was het weer te vroeg dag en wéér een drukke dag. Koninginnedag is dan ook volslagen aan ons voorbij gegaan. We hebben alsnog een patiënt van de MASCAL geopereerd aan zijn bovenarmfractuur. Technisch een uitdaging,

maar een erg leuke ingreep en zeer goed geslaagd bovendien. 's Avonds zijn we ook nog aan de bak geweest, dus was de dag weer vol; *never a dull day in Afghanistan*. De nacht erop hebben ze ons gelukkig met rust gelaten, dus waren we weer helemaal bijgekomen.

Dinsdag hebben we zowaar een ordinaire appendectomie gedaan (blindedarm, voor de leken). Zelfs dat kunnen ze in TK-hospital niet verwerken. Sinds kort hebben ze daar wel een anesthesist, maar het schijnt dat de chirurg dat een mooi moment vond om op vakantie te gaan. Dat zal wel Afgaanse logica zijn. Verder zijn er natuurlijk nog de zogenaamde *non-battle-injuries* van ISAF-militairen, de militaire benaming voor gewone kwalen, zoals buikgriep, maar ook de verstuikte enkel van iemand van ons eigen team valt daaronder. Zo is al ongeveer de helft van ons team wel eens de klos geweest, maar ja, het werk gaat toch altijd door, ziek of niet, dan heb je gewoon pech.



Oefening Serolane, Lohathla, Zuid-Afrika (2012)

Serolane 1

Hierbij een eerste bericht uit Zuid-Afrika. Zaterdagavond vertrokken we met zo'n 300 man vanaf vliegbasis Eindhoven en landden zondagochtend op Upington International Airport, in het noorden van Zuid-Afrika, na een vlucht van elf uur. Na drie uur administratieve en logistieke rompslomp, konden we verder met de bus richting het Lohathla trainingskamp. Dat kamp ligt in de Kalahariwoestijn, dus de busrit bood drie uur lang hetzelfde uitzicht, kaal en dor. We zijn hier als chirurgisch team, samen met een geneeskundige eenheid, ter ondersteuning van een grote oefening van de Luchtmobiele Brigade.

(...) Maandag gingen we voor het eerst naar het hospitaal waar we de komende weken gebruik van gaan maken, op twintig minuten loopafstand. Het is een militair ziekenhuisje, speciaal voor het trainingskamp. Het gebouw en de OK zien er prima uit, maar al snel werd duidelijk dat de afgesproken voorraad verbruiksartikelen bij lange na niet aanwezig is. Veel spullen zijn verlopen, we vonden zelfs nog een thoraxdrain uit 1985! Ook heel basale dingen bleken niet aanwezig. Dinsdag zijn onze ziekenhuiscontainers gearriveerd en konden we de OK gaan inrichten met onze eigen spullen. Volgens mij hebben we er inmiddels een overzichtelijke toko van gemaakt en zijn we bedrijfsklaar, zij het niet ongelimiteerd.

Er zijn wat spoedbestellingen uitgegaan en we hopen maar dat de voorraad snel wordt



aangevuld. Het voelt best vreemd om met een invasie van Nederlanders het ziekenhuis als het ware over te nemen, maar de Zuid-Afrikanen vinden het prima. We werken nu min of meer door elkaar. De Zuid-Afrikanen draaien nog gewoon hun poli en waar nodig springen de Nederlanders bij. Als er Nederlanders opgenomen moeten worden, zullen wij uiteraard *in the lead* zijn. (...) We zitten op 1400 meter hoogte in de woestijn. Op één dag maak je alle seizoenen mee. 's Middags in de zon wordt het aangenaam warm en ben je

met zonnebrandmiddel en zonnebrillen in de weer. 's Avonds vriest het en zitten we met dikke winterjassen en extra truien in de eetzaal. Een kachel is er nergens. 's Nachts moet je onder zo veel mogelijk lagen weg kruipen en 's morgens staat de rijp op je muskietennet. Het is zaak om 's avonds op tijd te stoppen met drinken, om te voorkomen dat je 's nachts naar de wc moet. Die is zo'n 150 meter verwijderd van de tenten, wat in het donker en de kou toch wel een hele expeditie wordt. Donderdag kregen we opeens een echte

OK-patiënt. Een Zuid-Afrikaan had iets opgepakt wat hij beter had kunnen laten liggen, met diverse scherfwonden tot gevolg. Het was niet heel heftig, dus was het voor ons een prima gelegenheid om de OK in het echt te kunnen draaien. Vooraf hadden we natuurlijk alles getest en ingericht, maar een echte casus is dan een

prima testcase. Alles verliep voorspoedig, zoals verwacht. Het bleek dat dit de eerste patiënt in drie jaar was die hier onder algehele anesthesie werd geopereerd. Dit was zo interessant dat zelfs de manager van het ziekenhuis kwam meekijken. Als wij er niet waren geweest, was de patiënt waarschijnlijk doorgestuurd naar een

ander ziekenhuis. In dit geval werkten we samen met de Zuid-Afrikanen. Als er een Nederlands slachtoffer komt, nemen wij echter de leiding en gaan we ook onze eigen middelen gebruiken.

Uitzending Resolute Support Mazar-e-Sharif, Afghanistan (2016)

Mazar-e-Sharif 3

(...) Afgelopen woensdag hadden we een pittige OK-dag. De Afghaanse patiënt van zaterdag moest opnieuw geopereerd worden. Redelijk onbevangen ging ik 's morgens de ingreep instrumenteren met het Duitse team, bestaande uit één chirurg en twee chirurgen in opleiding, niet wetende dat na een halfuur de nieuwe Duitse chirurg het kwam overnemen en dat de ingreep de hele dag zou duren. Ik moet zeggen dat de nieuwe chirurg tegen mij verrassend vriendelijk deed, zijn reputatie was er namelijk al ruim voordat hij er zelf was. Zeven en een half uur en tachtig hechtnaaldjes later was de ingreep gelukkig klaar en ging het ontbijt in feite naadloos over in het diner.

Bestelinformatie

In 2018 had Marlies van der Hoeven haar laatste uitzending. Haar boek *Het mes snijdt aan twee kanten* is in eigen beheer uitgegeven. Het is verkrijgbaar door een e-mail te sturen naar marliesvanderhoeven@me.com. Prijs: € 17,50 excl. € 4,50 verzendkosten.



Marlies van der Hoeven



Marlies van der Hoeven



Klimaat OK(é)!

**SAVE
THE
DATE**

36^e

**LVO Congres
9 & 10 maart 2023**

Gooiland, Hilversum

Dinsdag
4
oktober

2022

praktijk - werkbegeleiders - en studentendag

Professional nu en straks

Een gevarieerd programma

Locatie:

Van Straten Medical
Rijnzathe 2, De Meern

Kosten:

LVO leden € 75,-
Niet-leden € 100,-

HET JUISTE INSTRUMENT VOOR JE TOEKOMST!

informatie en inschrijven:
www.lvo.nl

LVO
landelijke vereniging van operatieassistenten

Is laparoscopische galsteen verwijdering veilig bij een zwangere patiënt?



Galstenen

Zwangerschap is een risicofactor voor het ontwikkelen van galstenen. Van alle zwangere vrouwen ontwikkelt 0,16-0,8% symptomatische cholecystolithiasis.¹ Daarmee is het een van de meest voorkomende oorzaken voor chirurgisch ingrijpen tijdens de zwangerschap.² Maar is laparoscopische galsteenverwijdering veilig bij een zwangere patiënt?

Tekst: drs. B.T.M. Strijbos, anios chirurgie, drs. J.M.L. Sijmons, anios chirurgie, drs. W.K.G. Leclercq, chirurg
Foto's: Shutterstock

Casus

Een 31-jarige gezonde zwangere vrouw presenteert zich met verdenking van cholecystitis bij een termijn van 29 weken en 2 dagen. Eerst heeft zij koliekpijn rechtsboven in de buik met bewegingsdrang, later gaat dit over naar zeurende pijn met een positief Murphy's sign. In het laboratoriumonderzoek zijn de

infectieparameters verhoogd met een beeld van milde cholestase (CRP 99 (<5 mg/L), leukocyten 9,6 (<10 x10⁹/L), totaal bilirubine 28 (<17 µmol/L), AF 257 (33-98 U/L), GGT 60 (<38 U/L), ASAT 68 (<31 U/L) en ALAT 71 (<34 U/L)). Echografisch worden galstenen en een verdikte galblaaswand gezien, passend bij een calculeuze

cholecystitis. Er wordt gestart met bètamethason voor longrijping van het kind.

Gouden standaard

De gouden standaard voor behandeling van cholecystitis is een laparoscopische cholecystectomie. In deze casus moet echter

worden afgewogen welke risico's deze operatie voor moeder en ongeboren kind met zich meebrengt. Conservatieve behandeling bestaat uit pijnstilling en antibiotica. Welke behandeling heeft de voorkeur?

Vraagstelling

Geeft een laparoscopische cholecystectomie bij een zwangere vrouw met cholecystitis minder ziekte en sterfte bij moeder en kind dan conservatieve behandeling?

Onderzoeksvraag volgens de PICO-methode:

- P (populatie/patiëntengroep/probleem): zwangere vrouw met cholecystitis
 I (interventie): laparoscopische cholecystectomie
 C (controle): conservatieve behandeling met pijnstilling en/of antibiotica
 O (outcome/uitkomst): ziekte en sterfte bij moeder en kind

Zoekstrategie

Een literatuursearch op Pubmed werd uitgevoerd met de volgende MESH-terminen: 'cholecystolithiasis', 'cholecystitis', 'gallstones', 'laparoscopic cholecystectomy', 'meta analysis', 'conservative treatment' en 'pregnant women'. Resultaat: zeventien artikelen waarvan drie geschikt.

Richtlijn

In de richtlijn *Galsteenlijden* van de Richtlijndatabase Federatie Medisch Specialisten wordt de volgende aanbeveling gedaan: 'Cholecystolithiasis tijdens de zwangerschap wordt op dezelfde wijze behandeld als buiten de zwangerschap (behalve tijdens het eerste trimester).¹ Deze aanbeveling is gebaseerd op een drietal artikelen.³⁻⁵

Bewijs

In een retrospectieve meta-analyse evalueerden Athwal et al. het uitvoeren van een laparoscopische cholecystectomie voor galsteengerelateerde ziekte bij 470 zwangere vrouwen. Het risico op foetale mortaliteit en vroeggeboorte voor de operatieve groep ten opzichte van de conservatieve groep bleek niet significant te verschillen (mortaliteit: OR 1,29; 95% CI: 0,30-5,52; $p = 0,73$; vroeggeboorte: OR 0,67; 95% CI: 0,29-1,56; $p = 0,36$). Er werd geen onderscheid gemaakt tussen o.a. symptomatisch galsteenlijden of cholecystitis.² De literatuurreview van Date et al. bestrijkt 310

Tabel 1. Vergelijking van uitkomsten bij conservatief* en actief behandelde** zwangere vrouwen met symptomatisch galsteenlijden.

	Conservatief	Actief	P-waarde
Recidiverende biliaire symptomen	30/50	4/31	0,0002
SEH-bezoeken, <i>mean</i> (SD)	1,7 (0,86)	1,1 (0,52)	0,0006
Ziekenhuis opnames, <i>mean</i> (SD)	1,5 (0,67)	1,2 (0,43)	0,034

* Conservatieve behandeling door middel van bedrust, intraveneuze hydratatie en/of antibiotica.

** Actieve behandeling door middel van laparoscopische cholecystectomie of endoscopische retrograde cholangiopancreatografie (ERCP).

SEH = spoedeisende hulp

SD = standaarddeviatie

zwangere patiënten met cholecystitis. De studie laat geen verschil zien tussen conservatieve behandeling en een cholecystectomie voor wat betreft de incidentie van vroeggeboorte (3,5% vs. 6,0%, $p = 0,33$) en foetale mortaliteit (2,2% vs. 1,2%, $p = 0,57$). Wel werden in de conservatieve groep meer heropnames gezien en hadden patiënten vaker episodes van galsteengerelateerde klachten.³

Ook Othman et al. toonden aan dat bij conservatieve behandeling van galsteengerelateerde ziekte (o.a. symptomatisch galsteenlijden en cholecystitis) de klachten vaker terugkwamen en het aantal SEH-bezoeken en ziekenhuisopnames hoger was (tabel 1).⁴ In tegenstelling tot bovengenoemde richtlijn Galsteenlijden adviseert Pearl et al. na een literatuurreview dat laparoscopische behandeling van zwangere patiënten veilig is gedurende de gehele zwangerschap. Zij vonden geen verhoogde risico's voor zowel moeder als foetus, ongeacht het trimester waarin behandeling plaatsvindt. Bij symptomatisch galsteenlijden wordt een cholecystectomie geadviseerd om gecompliceerd galsteenlijden (o.a. cholecystitis) te voorkomen.⁶

Conclusie en aanbeveling

Concluderend: een laparoscopische cholecystectomie is bij een zwangere patiënt veilig uit te voeren gedurende de gehele zwangerschap. Voor cholecystitis is de incidentie van vroeggeboorte bij conservatieve behandeling 6% en bij operatieve behandeling 3,5%. Een voordeel van laparoscopisch ingrijpen is de directe preventie van recidive en hiermee minder heropnames. Een kanttekening: de bewijsvoering is gebaseerd op retrospectieve studies die veelal in tertiaire centra zijn uitgevoerd waar mogelijk meer expertise is in het uitvoeren van een laparoscopische

cholecystectomie bij zwangere vrouwen. Dit geldt ook voor Máxima MC.

Voor een zwangere vrouw met cholecystitis is op basis van bovenstaande een laparoscopische cholecystectomie aanbevolen. Het advies is haar hiervoor te verwijzen naar een chirurg met voldoende ervaring.

Referenties

1. ichtlijndatabase Federatie Medisch Specialisten – Zwangerschap en cholecystolithiasis: <https://tinyurl.com/53z8vpye>, geraadpleegd op 12 april 2021.
2. Athwal R, Bhogal RH, Hodson J & Ramcharan S. Surgery for gallstone disease during pregnancy does not increase fetal or maternal mortality: a meta-analysis. *Hepatobiliary Surg Nutr* 2016;5:53-57.
3. Date RS, Kaushal M & Ramesh A. A review of the management of gallstone disease and its complications in pregnancy. *Am J Surg* 2008;196:599-608.
4. Othman MO, Stone E, Hashimi M & Parasher G. Conservative management of cholelithiasis and its complications in pregnancy is associated with recurrent symptoms and more emergency department visits. *Gastrointest Endosc* 2012;76:564-569.
5. Dhupar R, Smaldone GM & Hamad GG. Is there a benefit to delaying cholecystectomy for symptomatic gallbladder disease during pregnancy? *Surg Endosc* 2010;24:108-112.
6. Pearl JP, Price RR, Tonkin AE, Richardson WS & Stefanidis D. SAGES guidelines for the use of laparoscopy during pregnancy. *Surg Endosc* 2017;31:3767-3782.

Betere behandeling voor hartpatiënten in Catharina Ziekenhuis

Er is een nieuwe, betere behandeling beschikbaar voor patiënten met hartfalen en een niet-synchroon samenknijpend hart. Cardiologen plaatsen nog maar één pacemakerdraad, in het tussenschot van de hartkamers, exact in het elektrische geleidingssysteem van het hart.

'Vanuit die centrale plek wordt normaal het hart aangestuurd om een pompbeweging te maken. Nu krijgt de patiënt vanuit dezelfde plek een elektrische prikkel van de pacemaker, zodat het hart zich zo natuurlijk mogelijk samentrekt', aldus cardioloog Nard Rademakers van het Catharina Hart- en Vaatcentrum.

Het hart heeft een elektrisch geleidingssysteem dat ervoor zorgt dat alle delen van de hartspier gelijktijdig en gecoördineerd samentrekken. Dit zorgt voor een optimale pompfunctie. Bij sommige mensen met hartfalen trekt het hart niet meer gelijkmatig samen, er is dan een probleem in het elektrische geleidingssysteem. Rademakers: 'De synchronie probeerden we tot voor kort te herstellen door in beide hartkamers



foto: Catharina Ziekenhuis.

Betere behandeling voor hartpatiënten.

een pacemakerdraad te plaatsen en het hart van twee zijden te stimuleren.' De gouden standaard was om één van die pacemakerdraden via een klein bloedvat aan de buitenkant van het hart te leggen, maar bij een op de vijf patiënten werkte die behandeling niet goed genoeg. De pompfunctie van het hart verbeterde niet of onvoldoende en patiënten bleven last houden van hartfalen.

Uit onderzoek van de cardiologen van het

Catharina Ziekenhuis blijkt dat de nieuwe behandeling veilig kan worden uitgevoerd. 'De elektrische prikkel die de pacemaker in de centrale plek in het hart afgeeft, volgt als het ware de oorspronkelijke route. Bovendien is de gebruikte pacemaker kleiner, goedkoper en gaat 'ie veel langer mee, tot wel 12 jaar! Dat is een belangrijk voordeel voor onze patiënten, want de oude moest elke zes tot zeven jaar worden vervangen. Met alle risico's van dien', verduidelijkt Rademakers.

Nieuwe operatie na hersenbloeding

Het Radboudumc en Erasmus MC starten een onderzoek naar de effectiviteit van een nieuwe chirurgische behandeling na een hersenbloeding.

In de afgelopen jaren is een nieuw soort operatie ontwikkeld voor patiënten met een hersenbloeding. Deze minimaal-invasieve ingreep gebeurt via een endoscopie. Via een klein gaatje in de schedel wordt het bloed weggezogen. Recent onderzoek toont aan dat deze ingreep veilig is en dat het lukt om gemiddeld bijna 80% van de hersenbloeding weg te halen. De operatie moet binnen acht uur na het ontstaan van de eerste klachten worden uitgevoerd.

De studie vergelijkt de effectiviteit van de nieuwe ingreep met die van de

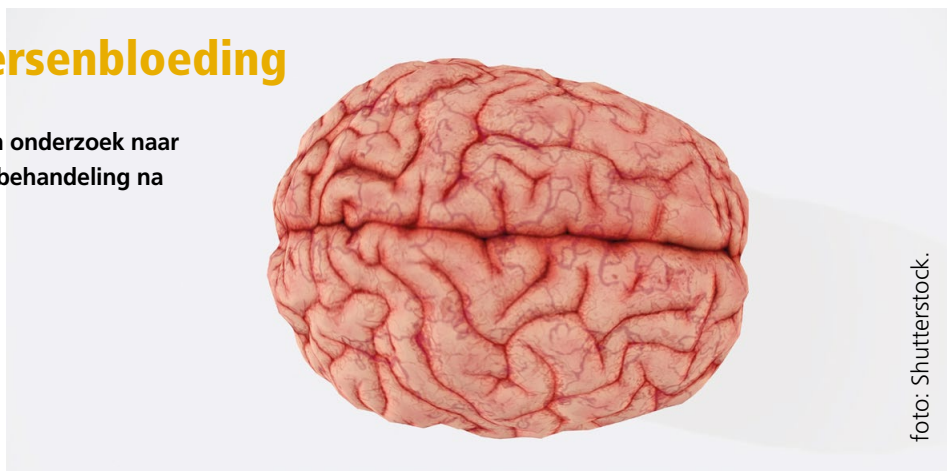


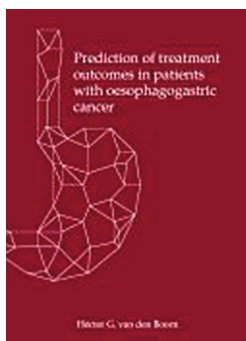
foto: Shutterstock.

standaardbehandeling. Bij het onderzoek zijn neurologen en neurochirurgen van elf neurochirurgische centra en omliggende ziekenhuizen uit heel Nederland betrokken. Onderzocht wordt of de operatie leidt tot beter herstel vergeleken met de standaardbehandeling, en er wordt gekeken

naar de betaalbaarheid van de behandeling. Elk jaar krijgen meer dan 6000 Nederlanders een hersenbloeding. Er zijn op dit moment weinig effectieve behandelingen. Operatief verwijderen van de hersenbloeding waarbij de schedel wordt gelicht, vergroot de kans op goed herstel niet.

Tekst: Ingrid Lutke Schipholt

Behandelresultaten bij slokdarm- of maagkanker voorspellen



Mensen die te horen krijgen dat ze slokdarm- of maagkanker hebben, gaan een angstige en onzekere tijd tegemoet waarin ze keuzes moeten maken over

hun eventuele behandeling. Héctor van den Boorn ontwierp een model dat voorspelt welke keuze het beste aansluit bij de individuele patiënt.

Patiënten moeten na de diagnose slokdarm- of maagkanker kiezen uit verschillende

behandelingen, die vaak gepaard gaan met bijwerkingen en verlies van kwaliteit van leven. Behandeluitkomsten zijn voor iedereen verschillend: de ene behandeling leidt tot een langere levensduur, maar een andere therapie kan zorgen voor een optimale kwaliteit van leven. Om patiënten in de spreekkamer te helpen een keuze te maken, ontwikkelde Van den Boorn voorspellingsmodellen voor verschillende behandelingen. Hij wil met deze modellen de levensverwachting en kwaliteit van leven nauwkeurig voorspellen. De kwaliteit van leven van patiënten met uitgezaaide kanker is laag voor aanvang van de behandeling, de meeste behandelingen bleken dit helaas niet te verbeteren. Bij patiënten zonder uitzaaiingen bleek een

combinatie van chemotherapie gevolgd door een operatie op de korte termijn de beste kwaliteit van leven te bieden. Patiënten bij wie de slokdarm operatief verwijderd werd, ondervonden op de lange termijn een grote vermindering van hun kwaliteit van leven.

Met nauwkeurige voorspellingen over de levensverwachting en kwaliteit van leven kunnen patiënten beter geïnformeerd kiezen voor een therapie die aansluit op hun behandelgoal. Van den Boorn maakte een website waarmee arts en patiënt de voorspellingen op een begrijpelijke manier kunnen inzien.

Héctor van den Boorn: Prediction of treatment outcomes in patients with oesophagogastric cancer.

Operatie bij endeldarmkanker niet altijd nodig

Het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven heeft een nieuw bestralingsapparaat in gebruik genomen: de Papillon. 'Met de komst van de Papillon kunnen we patiënten met endeldarmkanker alle behandelingen bieden die er zijn', aldus radiotherapeut Jeltsje Cnossen.

De nieuwe bestralingstechniek is een goed alternatief voor een operatie. De Papillon wordt ingezet als de tumor in de endeldarm kleiner is geworden door voorbehandeling met chemotherapie en bestraling. Opereren is dan niet altijd nodig om de tumor te verwijderen. Cnossen: 'Ook voor patiënten voor wie een operatie te zwaar is of voor patiënten die niet meer geopereerd willen worden, kan de Papillon uitkomst bieden.' In Nederland krijgen ongeveer 4500 mensen per jaar de diagnose endeldarmkanker. Zij krijgen vaak eerst chemoradiatie; chemotherapie in combinatie met een aantal bestralingen. Wanneer de tumor na die behandeling niet volledig is verdwenen, moet de patiënt vaak een operatie ondergaan. Deze groep patiënten kan nu

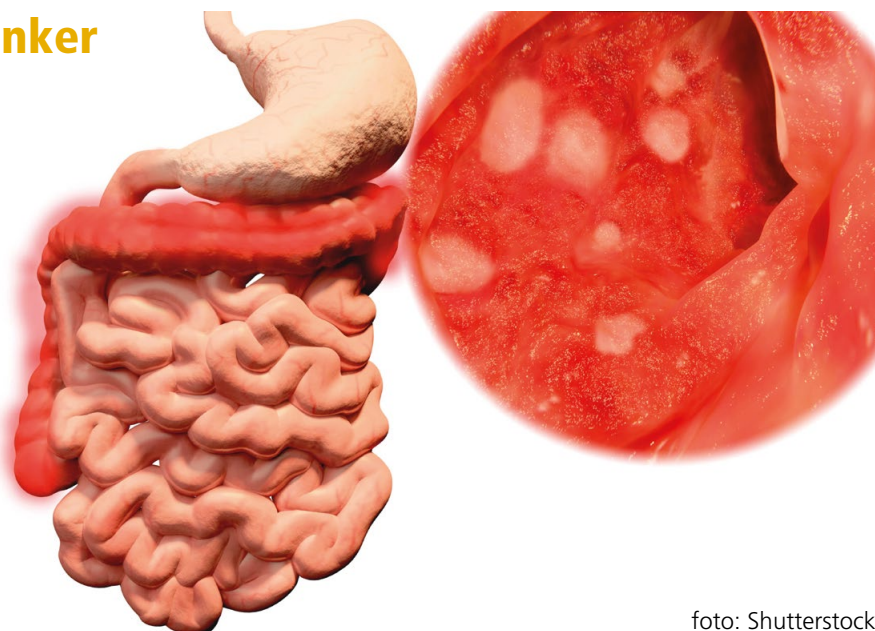


foto: Shutterstock.

bestraling krijgen, waardoor een operatie soms niet meer nodig is. Doorgaans zijn drie bestralingsessies van één minuut voldoende om het tumorweefsel volledig te laten verdwijnen. Bestraling met de Papillon is een vorm van contact-brachytherapie. Het grote voordeel is dat je heel lokaal kunt bestralen, zonder schade aan de omliggende organen. Bij kleinere endeldarmtumoren die niet uitgezaaid zijn, is bestraling met de Papillon een goed alternatief voor opereren. Deze techniek is ook een optie

voor patiënten die niet meer geopereerd kunnen worden of geen operatie meer willen ondergaan. Cnossen: 'Deze vorm van bestralen is bijvoorbeeld een uitkomst voor oudere mensen die vanwege hun zwakke gezondheid of vanwege andere aandoeningen geen grote operatie meer aankunnen, en er zijn ook steeds meer patiënten die liever kiezen voor een palliatieve behandeling met de Papillon dan voor een operatie, bijvoorbeeld vanwege hun leeftijd of conditie.'

Heupoperatie niet altijd winst voor zeer kwetsbare oudere

Het opereren van een gebroken heup bij zeer kwetsbare ouderen die in een verpleeghuis wonen is niet altijd van toegevoegde waarde. Dat blijkt uit de FRAIL-HIP-studie die werd verricht in 25 ziekenhuizen.

Deze landelijke studie stond onder leiding van een projectgroep bestaande uit de Noordwest Ziekenhuisgroep, Erasmus MC, Amsterdam UMC, Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis, Leids Universitair Medisch Centrum, de Isala Klinieken in Zwolle en het Dijklander Ziekenhuis in Hoorn.

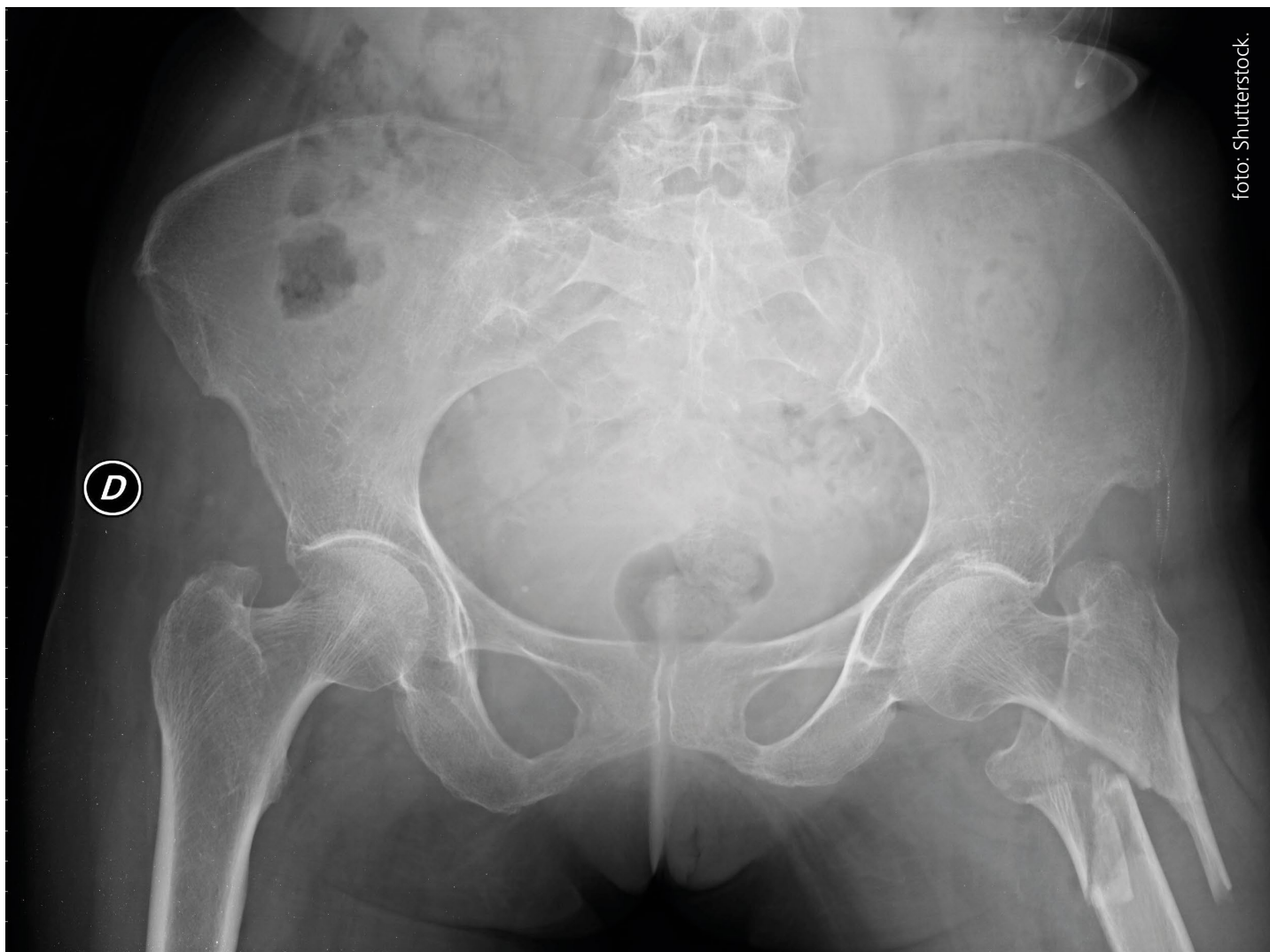
In de studie werden zeer kwetsbare ouderen met een heupfractuur en hun naasten gevraagd om samen met behandelaars te beslissen over de wensen rondom de behandeling van de fractuur. Een heupfractuur gaat bij deze patiëntengroep vaak gepaard met versneld overlijden. Complicaties rondom

de herstelperiode komen veel voor. Dat leidt tot een belastende revalidatie die lang niet altijd succesvol is. Daarom werd in deze multidisciplinair opgezette studie nadrukkelijk ook het niet opereren als optie besproken met de patiënt en hun naasten. Na een weloverwogen beslissing, afgestemd op de wensen van de individuele patiënt, werden de patiënten zes maanden, of tot aan het overlijden, gevolgd. Er werd gekeken naar de kwaliteit van leven, pijn, zelfstandigheid, pijnstillergebruik, overlijden, tevredenheid met de gekozen behandeling en kwaliteit van het eventuele overlijdensproces.

In totaal deden 172 patiënten mee aan de studie, waarvan er 88 na het overleg voor kozen om niet geopereerd te worden. Dat leidde niet tot een slechtere kwaliteit van leven dan in de groep die wél geopereerd wilde worden. In de geopereerde groep was

vaak sprake van verlies van mobiliteit en zelfstandigheid ten opzichte van de situatie voor de heupfractuur. Bovendien kreeg 81% een of meer complicaties. De meest voorkomende complicaties waren acute verwardheid, doorligwonden en infecties, zoals longontsteking. Zoals verwacht overleden veel patiënten korte tijd na de val en heupfractuur, ongeacht de behandeling. De tevredenheid met de gekozen behandeling was voor beide behandelingen hoog en de kwaliteit van het stervensproces werd zowel bij geopereerde als bij niet geopereerde patiënten als humaan ervaren door de naasten.

De studie laat zien dat niet opereren van een gebroken heup in een selecte groep zeer kwetsbare patiënten een goede keuze kan zijn. Het verkennen van wensen van patiënt en mantelzorgers is essentieel om samen tot de juiste behandeling te komen.



Hydrochirurgie verbetert littekens van brandwonden

SURGICAL MANAGEMENT OF BURN WOUNDS

CLINICAL AND PATIENT-REPORTED OUTCOMES



NINE LEGEMATE

Hydrochirurgie zorgt voor een betere kwaliteit van de littekens bij patiënten met brandwonden. Dit blijkt uit onderzoek van Nine Legemate. Zij promoveerde 22 maart aan de Vrije Universiteit in Amsterdam op haar onderzoek *Surgical management of burn wounds* naar het effect van hydrochirurgie bij de behandeling van brandwonden. 'Met dit onderzoek tonen we daadwerkelijk aan dat deze techniek beter is dan de traditionele methode', stelt Legemate. Zij is verbonden aan het brandwondencentrum van het Maasstad Ziekenhuis. De kwaliteit van de littekens die patiënten oplopen blijkt beter te worden als zij worden behandeld met hydrochirurgie. Daarbij wordt met een waterstraal onder hoge druk dood weefsel in de wond verwijderd. Dit gebeurt traditioneel met een chirurgisch mes, waarbij het dode weefsel laagje voor laagje wordt weggesneden.

Het verwijderen van het dode weefsel in een brandwond is erg belangrijk. Legemate: 'Om ernstige brandwonden goed te kunnen behandelen, moet een wond eerst goed worden schoongemaakt. De dode en niet levensvatbare huid moet worden verwijderd om de wond klaar te maken voor de huidtransplantatie. Bij ernstige brandwonden zijn huidtransplantaties nodig om de wond te genezen.'

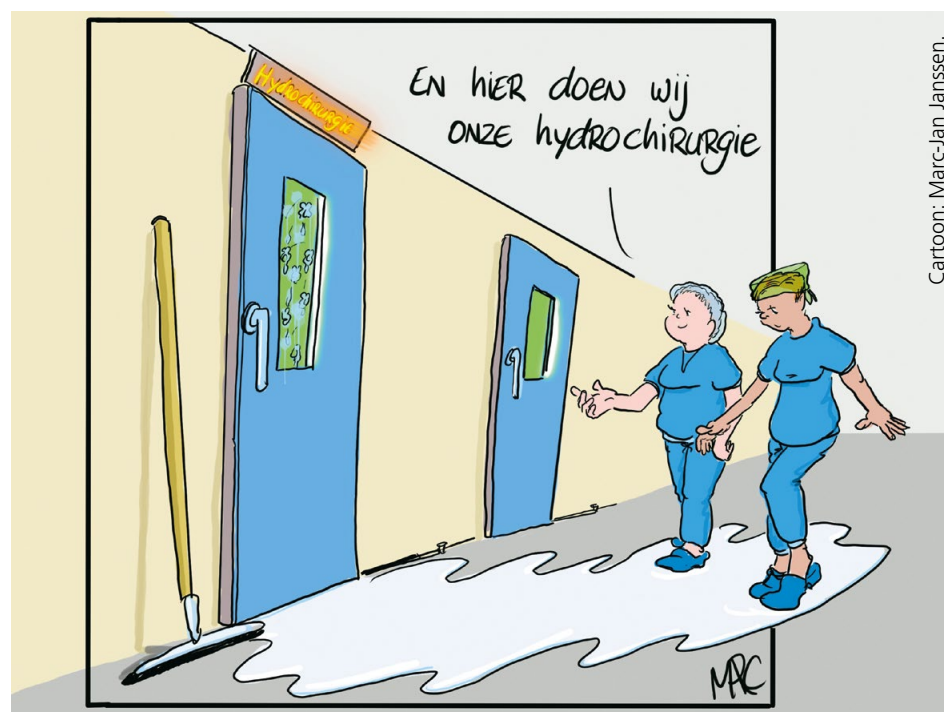
Wanneer artsen kiezen voor de traditionele methode, wordt de beschadigde huid laagje voor laagje met een speciaal mes verwijderd. De patiënt verliest niet alleen bloed, maar er wordt ook vaak onnodig gezond weefsel weggesneden. Als de arts kiest voor hydrochirurgie, wordt er meer gezonde huid gespaard. Belangrijk volgens de promovendus: 'Verlies van gezonde

huid is een van de belangrijke factoren die invloed heeft op de kwaliteit van de littekens.'

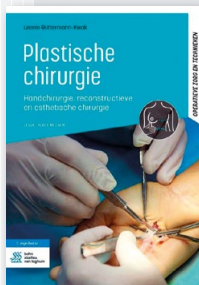
Hydrochirurgie werd al langer ingezet bij de behandeling van brandwonden in de brandwondencentra, maar deze behandeling was nog niet de standaardkeuze. De resultaten tonen aan dat een jaar na de operatie de kwaliteit en soepelheid van het litteken beter is na hydrochirurgie in vergelijking met de standaardbehandeling.

Deze ontwikkeling is erg belangrijk voor mensen met brandwonden. Zo bleek uit het onderzoek ook dat mensen een kleine verandering in de kwaliteit van hun litteken al heel belangrijk vinden.

C.M. Legemate: *Surgical management of burn wounds*.



Cartoon: Marc-Jan Janssen.



Plastische chirurgie, Handchirurgie, reconstructieve en esthetische chirurgie

Auteur: **Leonie Rüttermann-Kwak**
 Uitgeverij: **Bohn Stafleu van Loghum**
 ISBN: **9789036827683**
 Prijs: **€ 64,95**

Dit leerboek maakt de theoretische en praktische aspecten van plastisch-chirurgische operaties inzichtelijk. Waar dit van toepassing is, wordt ook uitgelegd hoe een bepaalde operatie onderdeel uitmaakt van een geheel behandelplan, zoals bij een schisis- of genderoperatie. Dit boek bestaat uit zes delen. Eerst worden de algemene principes en de richtlijnen van dit specialisme en van weefselverplaatsing behandeld. Vervolgens komen operaties aan bod betreffende het hoofd-halsgebied, de romp en de extremiteiten. Ook is er aandacht voor operaties bij decubitus, wat aan het hele lichaam kan voorkomen. Omdat goede wondzorg een essentieel onderdeel is van de plastische chirurgie, geeft dit boek ook een overzicht van de relevante wondverbanden en hun kenmerken. Nieuw in deze zesde druk zijn de beschrijvingen van de voorhoofd- en wenkbrauwlift en de endoscopische decompressie van de nervus ulnaris. Daarnaast is transplantatie van de fibula naar de mandibula beschreven. De reeks *Operatieve Zorg en Technieken* is bestemd voor de opleiding tot operatieassistent. Naast het basisboek bestaat de reeks uit een aantal vervolgdelen waarin de verschillende chirurgische specialismen worden behandeld. De reeks benadert de beroepsuitoefening van de operatieassistent zo dicht mogelijk, ondersteund door de gebruikte illustraties en afbeeldingen.



Omarm je lijf

Auteur: **Liselotte Delwel**
 Uitgeverij: **Uitgeverij THEMA**
 ISBN: **9789462723245**
 Prijs: **€ 19,95**

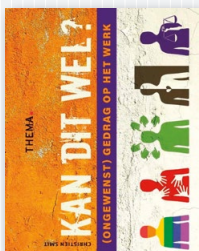
Omarm je lijf leert je met meer compassie naar jezelf te kijken, waardoor je het gevecht met jezelf kunt staken. Liselotte Delwel nodigt je uit om vervolgens wél concrete doelen te stellen, maar ingegeven vanuit het hart. 'Zo ga je beter voor jezelf zorgen, in plaats van dat je strenge hoofd bepaalt wat je wel en niet mag eten. De heilige en plichtmatige getallen van de weegschaal maken door dit boek plaats voor eigenliefde, zelfvertrouwen en een diep besef van wat iemand werkelijk belangrijk vindt in het leven.' In het boek staan veel praktische oefeningen om direct mee aan de slag te gaan. Liselotte Delwel is gedragstherapeut, supervisor en opleider. Ze begeleidt mensen op basis van Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Haar aanpak is nuchter, licht en vrolijk, waarbij de persoonlijke waarden van mensen centraal staan. Het doel: 'accepteren en omhelzen van wie je werkelijk bent tijdens je reis om je doelen en dromen te verwezenlijken'.



De mug. Over steekmuggen en de verspreiding van ziekten

Auteur: **Chantal Reusken, Marieta Braks e.a.**
 Uitgeverij: **Bio wetenschap + maatschappij**
 ISBN: **-**
 Prijs: **€ 12,50**

Wat weten we inmiddels over steekmuggen en de ziekten die zij kunnen verspreiden? Wat kunnen we doen om ziekte door muggenbeten te voorkomen? Wat staat ons nog te wachten – met alle veranderingen in demografie, mobiliteit, landgebruik en klimaat – nu exotische muggen en ziekten, zoals de Aziatische tijgermug en het westnijlvirus, al in Nederland zijn aangetroffen? Moeten we maar leren leven met 'muggenziekten', net zoals met corona en griep? In *De mug. Over steekmuggen en de verspreiding van ziekten* is te lezen dat de gevolgen van een muggenbeet groter kunnen zijn dan een jeukend rood bultje. Het boek gaat ook in op manieren waarop we de kans op ongewenste ziekten kunnen verkleinen.



Kan dit wel?

Auteur: **Christien Smit**
 Uitgeverij: **THEMA**
 ISBN: **9789462723344**
 Prijs: **€ 24,95**

Kan dit wel? is niet zozeer een boek, maar eerder een kaartspel. Het gaat over het bespreekbaar maken van ongewenst gedrag op de werkvloer. Kun je een collega aanraken tijdens een gesprek? Of van je teamleden zonder kinderen vragen om niet in de schoolvakanties vrij te nemen? Kun je die medewerker met tattoos op zijn arm aanraden om ze te bedekken? Iedereen heeft recht op een veilige werkomgeving. Maar wat dat precies inhoudt is voor iedereen verschillend. Welk gedrag kan volgens jou écht niet? Ga aan de hand van honderd situaties met elkaar in gesprek over (ongewenst) gedrag op de werkvloer. Want als het bespreekbaar is, kun je veel leed voorkomen. Het doel van deze tool is om mensen in een ongedwongen sfeer te laten praten over gewenst en ongewenst gedrag. Dit gebeurt aan de hand van de situatiebeschrijvingen op de kaartjes. Het uiteindelijke doel is natuurlijk om een prettige, veilige en open werksfeer te creëren. *Kan dit wel?* is bedoeld voor alle soorten werknemers, op ieder niveau in de organisatie. Je kunt het spelen in grote en kleine groepen. De deelnemers hoeven elkaar niet te kennen.

Tekst: Ingrid Lutke Schipholt



Biografie van de baarmoeder, het ingenieuze orgaan dat vaak niet begrepen wordt

Auteur: **Corien van Zweden en Marlies Bongers**
 Uitgeverij: **De Arbeiderspers**
 ISBN: **9789029545761**
 Prijs: **€ 22,50**

Baarmoeders kunnen baren. Maar er is nog zo veel meer. Wat weten we over dat ingenieuze, peervormige orgaan dat vaak als belangrijk wordt gezien voor de identiteit van vrouwen? Die speciale spier die pas na twaalf levensjaren van zich doet spreken door de eerste menstruatiecyclus op touw te zetten? Die daar ongeveer veertig jaar maandelijks mee doorgaat, met als enige pauze de periode van een enkele zwangerschap? Om vervolgens het hele circus met de nodige tamtam weer af te bouwen? Gynaecoloog Marlies Bongers en schrijver Corien van Zweden schrijven het complete verhaal van dit bewierookte, verafschuwde en lang niet altijd begrepen orgaan.



Advanced Paediatric Life Support

Auteur: **Anneliese Nusmeier, Nigel M. Turner, Joke Kieboom**
 Uitgeverij: **Bohn Stafleu van Loghum**
 ISBN: **9789036827706**
 Prijs: **€ 84,95**

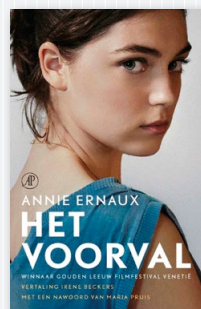
Dit leer- en praktijkboek geeft artsen, verpleegkundigen en paramedici alle relevante richtlijnen en inzichten voor spoedeisende geneeskunde bij kinderen in Nederland. Het boek is toegankelijk en praktisch. De eerste editie is jaren geleden ontwikkeld als handleiding bij de training *Advanced Paediatric Life Support*. Inmiddels is het onmisbaar op de spoedeisende hulp en op kinderafdelingen van Nederlandse ziekenhuizen. Deze vijfde editie is volledig geactualiseerd. Bovendien is er een hoofdstuk toegevoegd over human factors. Het boek is het resultaat van een internationale samenwerking tussen de Stichting Spoedeisende Hulp bij Kinderen en de Advanced Life Support Group uit Manchester (UK). Een multidisciplinaire groep van inhoudsdeskundigen heeft de tekst aangepast aan de Nederlandse praktijk. Zo zijn de richtlijnen van de Nederlandse Reanimatieraad, de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde en andere wetenschappelijke instellingen betrokken.



Komt een dokter bij de dokter, overleven met Lyme

Auteur: **Jolien Plantinga**
 Uitgeverij: **Gopher**
 ISBN: **9789493230699**
 Prijs: **€ 20,50**

Jarenlang wisselde Jolien Plantinga haar werk als huisarts af met het maken van avontuurlijke reizen. De afgelopen twee jaar beleefde zij echter een totaal andere tocht. Getroffen door de ziekte van Lyme maakte ze noodgedwongen, als een soort Alice in Wonderland, een reis door de gezondheidszorg. Hoewel Plantinga in 2004 genezen leek van Lyme, keerde de ziekte in 2019 in alle hevigheid terug. Plantinga ontdekt hoe moeilijk het voor artsen is om echt te luisteren naar wat de patiënt vertelt. Ook loopt ze aan tegen de vooroordelen die er bestaan over de ziekte van Lyme. Lijden aan een ziekte waar vooralsnog meer vragen over zijn dan dat er antwoorden zijn, brengt haar op een moeilijk begaanbare weg. Op zoek naar zingeving in tijden van stilstand deelt ze in dit boek haar observaties en vragen, zowel vanuit het perspectief van de dokter als vanuit dat van de patiënt. Ook blikt zij terug op haar eigen functioneren als huisarts. Welke van de inzichten die ze nu gekregen heeft als patiënt bracht zij in praktijk als huisarts?



Het voorval

Auteur: **Annie Ernaux**
 Uitgeverij: **De Arbeiderspers**
 ISBN: **9789029545822**
 Prijs: **€ 16,50**

In de herfst van 1963 gaat Annie Ernaux als studente naar bed met een jongen die ze die zomer heeft leren kennen. De relatie is geen lang leven beschoren, maar ze is wel onbedoeld zwanger geraakt. Tegen de stroom in besluit ze, na lange afweging, clandestien (de wetgeving werd pas in 1975 geliberaliseerd) abortus te laten plegen. In detail, zonder valse emoties en zonder omhaal, beschrijft ze wat er gebeurt. Het voorval geeft een sublieme impressie van pure eerlijkheid en authenticiteit. Net als in haar succesvolle memoir *De jaren*, vormt Ernaux' eigen leven in deze roman de aanzet tot een mentale archeologie, over schaamte, vrijheid, klassenverschillen en feminisme.

De slimme bril op de OK

Sinds een paar maanden heeft het Albert Schweitzer ziekenhuis in Dordrecht de beschikking over twee slimme brillen op de OK. Via deze *smart glasses* kunnen mensen op afstand (de 'voyeurs') meekijken met een operateur. Chirurg Robert Smeenk had gelezen over de smart glasses en toen de raad van bestuur geld beschikbaar stelde voor een goed idee, kon het ziekenhuis twee van deze brillen aanschaffen. Het gaat om een proef voor een jaar. In dit artikel deelt Smeenk de ervaringen tot nu toe.

Tekst: dr. Robert M. Smeenk, gastro-intestinaal chirurg, Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht
Foto's: Albert Schweitzer ziekenhuis



Via smart glasses kunnen mensen op afstand (de 'voyeurs') meekijken met een operateur.



De operateur draagt de bril met camera en microfoon op het hoofd, gericht op het operatiegebied. In de bril zit ook een klein schermpje. Daarop kan de operateur de voyeur zien, alsmede de instructies die diegene kan geven via tekst of foto's. Bij de bril hoort een telefoon, die aangesloten wordt op OK-apparatuur. De telefoon kan beelden doorsturen naar de 'derde man/vrouw', bijvoorbeeld laparoscopiebeelden. Tot slot kan deze telefoon met zijn eigen camera ook nog de hele setting van de OK live delen met de voyeur(s).

Doelen

Het leek me een goed idee om slimme brillen te gebruiken voor onderwijsdoeleinden, intercollegiaal overleg en *proctoring* (het online trainen en toetsen van chirurgen in operatietechnieken). Chirurgen kunnen elkaar via de bril op

staan, en ten slotte kun je video's van operatietechnieken opnemen voor onderwijsdoeleinden.

Chirurgen in opleiding kunnen met deze techniek op afstand supervisie krijgen. Zo krijgen ze meer gevoel van zelfstandigheid op de OK. Operatietechnieken kunnen daarnaast worden opgenomen voor onderwijsdoeleinden.

Ook kunnen coassistenten meekijken met een operatie, of verpleegkundigen van de afdeling waar de patiënt komt te liggen. Zo weten ook zij wat we tijdens een operatie doen.

Ervaringen

Op zich klinkt het allemaal erg mooi, maar hoe ervaren de operatieassistenten het gebruik van de bril? Tot nu toe zijn er gemengde gevoelens.

'Grotere groepen mensen kunnen meekijken met je operatie zonder dat ze allemaal op de OK hoeven te staan'

afstand trainen of met elkaar meekijken. Ook vanuit verschillende ziekenhuizen of zelfs uit het buitenland. Dat bespaart tijd en geld. Bijkomend voordeel: CO₂-reductie door vermindering van reisbewegingen. Daarnaast kun je grotere groepen mensen laten meekijken met je operatie zonder dat ze allemaal op de OK hoeven te

Geluid

Toen we begonnen was er alleen communicatie mogelijk via de bril, waardoor alleen de operateur hoorde wat de persoon op afstand zei. Dit leidde soms tot verwarring voor het operatieteam: tegen wie praat de operateur nu? Tegen de bril of tegen het team?



De slimme bril zou bij alle soorten operaties gebruikt kunnen worden, maar nu wordt deze vooral gebruikt bij gastro-intestinale operaties en algemene chirurgie.

Gelukkig is daar nu een oplossing voor: de bril kan aangesloten worden op een geluidsbox via bluetooth zodat het hele team kan horen wat de persoon op afstand zegt en diegene ook het hele team kan horen. Dit leidt tot een meer dynamische setting binnen het team en tot betere communicatie. Het gaat erom dat iedereen kan horen wat de meekijker zegt tegen de operateur.

Gezellig

Een ander nadeel dat ervaren wordt is dat operatieassistenten het minder gezellig vinden dat de chirurg niet meer op de OK is of komt, maar ergens op de poli (of zelfs thuis) via een scherm en microfoon instructies geeft aan de assistent. Juist de sociale interactie tussen operatieassistenten en chirurgen is iets wat ons werk leuk maakt. Net als bij de robotchirurgie het geval is, is de betrokkenheid van de (superviserende) chirurg minder bij het gebruik van een slimme bril. Ingrid Thiellier, OK-verpleegkundige in ons ziekenhuis beaamt dat: 'Zeker als er ook andere mensen meekijken is er minder tijd om te praten; er is meer aandacht nodig voor de procedure, de uitleg ervan en de ontvangen feedback.'

Aangeven

Het aangeven van instrumenten en andere handelingen van de operatieassistenten aan tafel of de omloop veranderen niet door het gebruik van de bril. De persoon op afstand kan weliswaar aanwijzingen geven, maar de operateur met de bril op is nog steeds degene die vraagt om de benodigheden.

Techniek

Het aansluiten van de bril en bijbehorende apparatuur is soms nog wel een dingetje. Als de operateur al steriel staat en hij ineens iemand wil laten meekijken, moeten de operatieassistenten de bril halen en alles aansluiten. Je moet een QR-code scannen met de bril en een aantal kabels aansluiten. Het is niet heel ingewikkeld, maar wel handig als je het een paar keer gedaan hebt. Een training van tevoren is wel handig, en scheelt veel tijd en frustratie in een spoedsetting. Bij gepland gebruik kan de operateur alles al precies instellen en is er geen hulp van de operatieassistenten nodig. Ingrid Thiellier: 'De keer dat ik er mee gewerkt heb, hoefde ik alleen de QR-code te scannen. Daar had ik met mijn mobiel al een foto van gemaakt, dus hoefde ik niet de mobiel van de assistent te gebruiken. Ik vond dat gemakkelijk werken.'

De slimme bril zou bij alle soorten operaties gebruikt kunnen worden, maar nu wordt deze vooral gebruikt bij gastro-intestinale operaties en algemene chirurgie, omdat ik de kar trek. Verder zijn de gynaecologen en intensivisten in ons ziekenhuis ook van plan de bril te gaan gebruiken. We hebben geen protocollen voor het gebruik van de bril. Er is een gebruiksaanwijzing en de te scannen QR-codes zitten allemaal in de koffer. De firma die de bril levert begeleidt ons goed met trainingen. We kunnen altijd bij ze aankloppen bij vragen of problemen. Er is nog geen literatuur over het gebruik met deze specifieke brillen, maar wel over andere brillen zoals Google glasses.

De toekomst

Is de slimme bril de toekomst? Dat is nog de vraag. In ons ziekenhuis zijn de brillen nog op proef, maar als er voldoende enthousiasme is onder de gebruikers, zal het ziekenhuis samen met de geïnteresseerde vakgroepen de brillen aanschaffen. Het wordt dan echt onderdeel van onze dagelijkse routine. De voordelen zijn wat mij betreft legio. We zijn nu nog bezig om de nadelen te ontdekken en zullen dan de balans opmaken.

VACATURE

OPERATIEASSISTENT/TEAMLEIDER 24 UUR/WEEK

Oogartsenpraktijk Delfland is een oogheelkundige kliniek in het centrum van Delft. Een hecht team van medisch specialisten en assistenten behandelt een grote variëteit aan oogaandoeningen. De praktijk beschikt over een modern dagbehandelcentrum waar ingrepen en oogoperaties plaatsvinden. Dit zijn vooral staaroperaties en oculoplastische operaties. Oogartsenpraktijk Delfland maakt een gezonde ontwikkeling door en staat aan de vooravond van verdere groei. Om goed in te kunnen spelen op deze groei, zijn we op zoek naar jou (m/v) om ons team te komen versterken als operatieassistent/teamleider.

Waar kom je te werken?

Je komt te werken op een kleine, drukke, maar gezellige OK en vormt een hecht team met je collega's. Er wordt hard gewerkt, maar zeker ook gelachen. Zelfstandigheid, collegialiteit en flexibiliteit is waar we bij jou naar op zoek zijn. Patiëntvriendelijkheid staat bij ons altijd voorop. We staan voor zorgzaamheid, innovatie en samenwerking. Medewerkers en patiënten voelen zich bij ons thuis. We leveren zorg op topniveau en zijn continu bezig onze zorg te innoveren en verbeteren.

Hoe ziet je dag eruit?

De 1e patiënt meldt zich om 08:00 uur bij het operatiecomplex (1 operatiekamer). Jij hebt dan inmiddels, met je collega's, alle voorbereidingen getroffen om de OK's voor die dag te kunnen laten plaatsvinden. Afhankelijk van de opererend chirurg worden er per dag 15 tot 18 staaroperaties of 9 oculoplastische operaties uitgevoerd. Je hebt die dag 3 mogelijke taken die je in overleg met je collega's verdeelt: je instrumenteert tijdens de OK, je staat 'in de omloop' of je houdt je bezig met het steriliseren

van ons instrumentarium. Aan het einde van de dag tref je alle voorbereidingen die nodig zijn voor de eerstvolgende OK dag. Als teamleider OK ben je mede verantwoordelijk voor de planning en overzie je de processen op de OK van het bijhouden van voorraden, bestellingen, tot planning onderhoud en het correct volgen van de protocollen. Daarnaast zal er een taak zijn weggelegd voor hoofd OK in het onderhouden van contacten met leveranciers en het oplossen van eventuele problemen.

Dit verwachten we van jou

- Je hebt een diploma Operatieassistent
- Je hebt bij voorkeur minimaal 3 jaar relevante werkervaring
- Je beschikt over leidinggevende kwaliteiten
- Je hebt MBO/HBO denk- en werk niveau
- Je kunt prima zowel in teamverband als zelfstandig werken en neemt je verantwoordelijkheid

Hier kun je op rekenen

- Op basis van ervaring word je ingeschaald in FWG 50-55 (CAO ZKN)
 - Je bouwt een goed pensioen op bij Pensioenfonds Zorg en Welzijn.
 - Naast 8% vakantietoeslag ontvang je ook nog eens 8,33% eindejaarsuitkering.
 - Geen beschikbaarheidsdiensten
 - Oogartsenpraktijk Delfland is goed bereikbaar. Voor het woon-werkverkeer wordt een kilometer vergoeding gegeven.
 - Een dienstverband van 24 uur (3x8 uur) uitbreiding naar meer is in de toekomst mogelijk
- In tijden van verlof/vakantie/ziekte/etc. zal een beroep of je flexibiliteit worden gedaan.

MEER WETEN OF SOLLICITEREN?

We ontvangen je sollicitatie graag uiterlijk 12 juli 2022 in de vorm van een motivatie en CV per mail (info@oapd.nl).

Voor vragen over de functie kun je contact opnemen met Josine Peters via 015-2126959



Geef mij tijd.

Geef voor nieuwe doorbraken in kankeronderzoek.

Ga naar [kwf.nl/doneer](https://www.kwf.nl/doneer)

Samen komen we steeds dichterbij



1st Triennial IOTA 2022 and International Trauma Meeting
Amsterdam, the Netherlands
14–16 December 2022

Save the date!

Trauma: a global disease

– Improve outcomes, work together –



Registration is OPEN

Abstract submission is OPEN

www.trauma.nl/stn/IOTA-2022



Skippy Bridge



NHOW Hotel, Amsterdam





Anoniem

Zodra de afdekdoeken rond het operatiegebied worden geplakt, treedt er een vorm van anonimisering op van de patiënt. Je opereert een acute buik, of een galblaas of een colon. Er zit een mens omheen, maar op de operatiekamer wordt geabstraheerd. Tijdens de time-outprocedure hebben we even kennis kunnen maken met de patiënt. 'Wie bent u en wat gaan we bij u opereren?', waren de doelgerichte vragen. Daarna was het klaar en deed de propofol de rest. Wie is eigenlijk die man of vrouw waarvan we nu het colon in beeld hebben of waarbij we zojuist de ductus cysticus hebben doorgenomen?

Als chirurg kun je de wens uitspreken je eigen patiënten te opereren. De patiënt kan die wens ook uitspreken, en je kunt die wens honoreren. Je kunt er ook voor kiezen om dat niet te doen. 'Mevrouw, we werken hier met een team van gespecialiseerde chirurgen, u wordt door mij of door een van mijn collega's geopereerd, de operatieplanners zullen u hiervan op de hoogte stellen.' Dan wordt het stil en kijk je de patiënt aan. Hoe reageert iemand op deze toch wat kil-administratieve mededeling? Spreek er teleurstelling uit de ogen nadat er zojuist een verbinding is gemaakt tussen dokter en patiënt? Waarom zou een ander de operatie doen nu er juist een vertrouwensband is ontstaan? Is het echt zo lastig om dit logistiek te regelen, en wie is dan die ander die de operatie gaat doen? Sommige patiënten herstellen zich razendsnel van de plan-technische opmerking en grappen zich een weg uit de situatie. 'Ik neem aan dat je collega er ook voor doorgeleerd heeft en de avond voor de operatie niet te diep in het glaasje kijkt.' De lucht klaart weer op en we gaan over tot de orde van de dag. Toch kun je je afvragen of deze anonimisering wel gewenst is. Het is zeker waar dat het chirurgisch-technisch waarschijnlijk niet zo veel uitmaakt wie de operatie doet. De vraag is of de heling of het gevoel van geheeld zijn zich niet op een heel ander niveau afspeelt. In de verbinding tussen dokter en patiënt gebeurt iets wat, als het goed is en goed gaat, te maken heeft met vertrouwen. Vertrouwen in je behandelaar en de behandeling is cruciaal. Dit lijkt wellicht een open deur, maar vertrouwen ontstaat in de verbinding. In de

verbinding leren de dokter en de patiënt elkaar kennen en leren ze naar elkaar kijken. Je leert de angsten en onzekerheden van de patiënt kennen, waardoor je beter kunt inspelen op de vragen en twijfels van de patiënt. En tijdens de operatie kun je aan het team vertellen wie er onder de doeken ligt.

Je zou een patiënt eens moeten vragen waar hij of zij zich het meest door geheeld voelt. Is dat door het wegsnijden van de tumor, of door de chemokuren die daarna nog nodig waren? Of was het de bestraling die ze niet konden waarnemen en waar ze nauwelijks last van hadden? Of was het de arm om de schouder, even een spontaan telefoontje tussendoor om te vragen hoe het ging, of was het die massage die de spanning uit het lichaam deed wegvloeien toen woorden even geen effect meer hadden? 'Gewoon netjes opereren', zei mijn opleider vroeger, en daar had hij natuurlijk helemaal gelijk in. De basis is vakmanschap. Voor een patiënt is dat vanzelfsprekend en geen issue. Maar het daadwerkelijke gevoel van heling en geheeld zijn ontstaat vooral in de verbinding tussen de dokter en de patiënt. De aandacht voor de gehele mens, in relatie tot de geliefden om hem of haar heen, kan zo veel vertrouwen creëren dat de patiënt zich gezien en gekend voelt. Misschien is dat wel de diepste bron van de uiteindelijke heling.

Een heelmeeester maakt weer heel wat kapot was. Maar een mens is geen machine waarin je het onderdeel vervangt, waardoor het daarna weer functioneert. Zo afgedekt door doeken zou je soms zomaar kunnen denken dat je een apparaat repareert. Als je de patiënt kent en spreekt als deze weer wakker is of op controle komt, besef je weer dat heling te maken heeft met de hele mens. Misschien moeten we gewoon altijd onze eigen patiënten opereren.

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

ADVANCING, TOGETHER



PALACOS® R+G

Thank you for decades of trusted collaboration for best patient outcomes.

Discover our mutual success story: www.palacos.com

