

Nederlands Tijdschrift voor

Heelkunde



Prioriteiten



Natuurmonumenten

We kunnen niet zonder natuur

Bescherm de natuur in Nederland!
Word nu lid op natuurmonumenten.nl en
ontvang 4 x per jaar het magazine Puur Natuur



In dit nummer

Over het thema: prioriteiten

We vonden het niet het mooiste woord, ‘prioriteiten’, maar door wat onze coverontwerpers Harold Koopmans & Carmen Martino er vervolgens in al hun creativiteit mee hebben gedaan, veranderde dat meteen. Het heeft geresulteerd in een massief nummer waaraan ongelooflijk veel leden hebben meegewerkt. Het bevestigt maar weer eens dat de NTVH een springlevende vereniging is die haar misschien wel belangrijkste prioriteit, het verbinden van leden, meer dan waarmaakt.



Bekijk snel op pagina 47 wie de winnaars zijn van de NTVH-zomerpuzzelinzenders!

04 Van het bestuur

Thema: prioriteiten

- 04 Van het bestuur
- 05 Rondje langs de velden
- 08 Conscientia academica
- 09 Wat beweegt de basisarts?
- 13 “Ik zie Dries Roelvink niet snel in zijn gele zwembroek de gracht in springen voor de hemorrhoid-patiënt” – interview met Willem Hueting
- 15 Column – Er is maar één echt probleem
- 16 “Luister, ik moet veel werken, dus jij moet later de kinderen naar school brengen” – interview met Stijn de Ruiter en Roos Bleckman
- 19 “Een fantastisch vak dat je tegelijkertijd op kan vreten” – interview met Bram Rijkbroek, Susan Lemson en Jelle Posthuma
- 22 Doorwerken tot je 67ste? – een korte rondvraag
- 24 Column – Priority lane
- 25 Fellowship – The Firm’s priorities

Operationeel

- 27 Complicatie – Kapotgesneden
- 29 Overzeese berichten – Choller
- 30 De groene OK – Hoe implementeer je de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 in je ziekenhuis?
- 34 Proefschrift – “Elke operatie verdient zijn eigen preventieve maatregelen ter voorkoming van complicaties”
- 36 Patiënteninformatie – Keuzekaart ‘vaattoegang voor hemodialyse’
- 37 Casus – Acute buikpijn op de Spoedeisende Hulp blijkt veroorzaakt door een agressief angiomyxoom

Hechting

- 40 In memoriam
- 42 IO by VAGH
- 44 Chirurgetcup 2024
- 47 Prijswinnaars
- 49 Colofon
- 50 Het laatste steekje
- 51 Programma Najaarsdag

Neem de tijd voor elke prioriteit



Stephen Covey, u kent hem wel, de Godfather van de zelfhulpboeken, *Zeven eigenschappen van effectief leiderschap* staat natuurlijk in uw kast. Eigenschap nummer 1 is: wees proactief, neem het heft (of mes) in eigen handen en neem regie. Voor chirurgen niet moeilijk; lekker, actie! Zo gaan we het doen, tjakkaal! Als het gaat om patiëntenzorg en zeker bij opereren weten wij prima waar de prioriteiten liggen: de patiënt, het team, materiaal, apparatuur. En zo langzamerhand weten we ook dat kwaliteit van zorg, fit to perform, duurzaamheid en gedrag ook prioriteiten zijn, toch...?

Ik begin aan dit stukje op een terras van een ontbijtentje in Sydney. Na een prachtige rondreis door Japan besteed ik nu de rest van een kort sabbatical aan een congres en vakantie in Australië; het land voelt als Europa met een wat meer laid back-mentaliteit, althans, zo lijkt het. Sport, vrije tijd, buiten zijn met familie en vrienden; dat is hier heel belangrijk, heeft prioriteit. En daar kunnen we van leren, immers het beste voor de patiënt is een blijde chirurg! Maar wat is een gezonde, blijde chirurg 2.0? Wat is gezond, wat is blij of blij genoeg, wat is de ondergrens voor lol in je vak; geneesplezier? En wat

is eigenlijk goed werk, waar leggen we de ondergrens voor kwaliteit?

Natuurlijk is er geen objectieve, harde meetlat voor geneesplezier of voor 'fit to perform'. Veel zaken spreek je onderling af. Kies je bijvoorbeeld ervoor altijd te compenseren na dienst of bij minder dan vier uur slaap naar huis? En houden we ons daar dan aan? Welke vakgroep stuurt een collega die in de nacht heeft gewerkt, naar huis? Ook als er een OK-programma of poli afgezegd moet worden? Wie vraagt aan jou: hoe gaat het met je? Heb je nog plezier in je werk? Gaat het thuis? Kan ik of kunnen wij iets voor je doen? Welke vakgroep kijkt periodiek, volgens een vast format, naar elkaars resultaten; wat gaat er goed en wat kan beter; weet je als GE-chirurg hoe je traumacollega's het doen? Hoeveel heupen doen ze eigenlijk? Hoe is de sfeer in de vaatclub? En als het gaat om doelmatigheid en CO2-footprint; hoeveel staplers en ander materiaal gebruiken we? Kortom, hebben deze zaken echt prioriteit of is het alleen voor de Bühne?

Het lijkt misschien allemaal veel, maar naar mijn idee komt het op allemaal op hetzelfde neer: praat erover met elkaar. Niet alleen als er een probleem is maar

periodiek volgens een vast format of vaste agenda. Net zoals overdracht, onderwijs, complicatie-bespreking; het werkt alleen maar omdat we dat het elke dag, week, maand of kwartaal volgens een vast format doen. Kortom, geef het prioriteit door het te plannen. Hoe dan?

Enkele jaren geleden zijn we in mijn chirurgieclub begonnen met een Codman-bespreking; elke maand wordt een deel van de praktijk belicht, bijvoorbeeld heupfracturen; wat zijn de harde getallen uit de kwaliteitsregistraties en uit het ZIS, wat zijn de 'zachte' getallen; patiëntenenquête, maar ook hoe is de onderlinge sfeer of verhouding met andere vakgroepen en tot slot doelmatigheid; wat is het materiaalverbruik, wat zijn de kosten en opbrengsten? Dit format kan natuurlijk aangepast worden naar gelang waar de prioriteiten liggen. Chirurgen 2.0 in een vakgroep 2.0 zouden wat mij betreft hun prioriteiten moeten bespreken, niet pas als het misgaat, maar periodiek volgens een vast format. Stephan Covey zegt niet voor niks: The key is not to prioritize what's on your schedule, but to schedule your priorities. ■

Huib Cense is vicevoorzitter van de NVvH

Rondje langs de velden

Waar liggen de prioriteiten van de NVvH en haar subverenigingen in 2025? En waar mag wat hen betreft wat minder nadruk op komen te liggen? We deden een korte rondvraag.

Door: Victor Kammeijer



Topprioriteiten voor het komende jaar

Het bestuur van de NVvH heeft eind vorig jaar de koers voor 2024-2028 gepresenteerd in het Strategisch Beleidsplan NVvH - Passende Heelkunde. Daarin wordt hoge prioriteit gegeven aan onder andere de kwaliteit van zorg, meer specifiek aan zorgevaluatie, en de samenhang van richtlijnen en kwaliteitsregistraties. Maar ook het dossier Preventie krijgt uitgebreid aandacht binnen de portefeuille Kwaliteit. De opleiding, met de aanstaande revisie van SCHERP, de ontwikkeling van (nieuwe) modules onder auspiciën van het Concilium, en alle consequenties daarvan voor registraties en certificeringen, hebben de volle inzet en betrokkenheid van het bestuur.

Verder werken we hard aan duurzaamheid en innovatie binnen de heelkunde, en proberen we alle ziekenhuizen deel te laten uitmaken van de beste voorbeelden en nieuwe ontwikkelingen, en wordt innovatieve groei van harte gestimuleerd, onder andere met de Innovatieprijs Heelkunde. Daarnaast twee nieuwe dossiers die de volle inzet van de betrokken werkgroepen vragen. De wetenschap binnen de NVvH krijgt een nieuwe invulling. Resurg.nl wordt het wetenschappelijk portaal van de heelkunde, waarbinnen het platform Wetenschap en de Hoogleraren Raad zich bevinden. Hierover binnenkort meer.

Tot slot, CHIRURG 2.0, hét thema waar niemand het afgelopen jaar omheen kon en daarmee onze absolute topprioriteit. Of het nu gaat over de arbeidsmarkt, grensoverschrijdend gedrag, het imago van de chirurg of duurzame inzetbaarheid van de chirurg; we moeten met onszelf als beroepsgroep aan de slag. De vaste NVvH-werkgroep Chirurg 2.0 die opgericht is om ons daarbij te ondersteunen heeft recent een krachtige start gemaakt. We geven ze alle podia die nodig zijn om hiermee vooruit te komen. U hoort ook zeker komende Najaarsdag weer van ze.

En dan zijn er nog zoveel andere zaken en thema's die ook prioriteit hebben zoals het IZA, bekostiging en DBC-onderhoud, samenwerking met landelijke partijen, digitale gegevensuitwisseling, communicatie met onze leden, de Chirurgedagen en Najaarsdag, etc, etc. Gelukkig heeft de NVvH zoveel actieve leden in besturen, werkgroepen, commissies en daarbuiten, dat alles wat prioriteit moet krijgen ook prioriteit krijgt. Daar zorgen we met z'n allen voor. Passende Heelkunde in breedste zin.



Topprioriteit voor de NVGIC het komend jaar

Zonder concessies te doen aan onze standaardtaken en -plichten, willen we het komende jaar meer aandacht schenken aan de benigne chirurgie. Daar waar voor de oncologische zorg inmiddels alles wel tot in de puntjes geregeld is (volumenormen, prestatieindicatoren, funding voor onderzoek, wachttijdlimieten, maatschappelijke aandacht), loopt de benigne chirurgie ver achter. De wachttijden zijn inmiddels onacceptabel lang geworden, kwaliteitsnormen zijn nog nauwelijks gedefinieerd, de academische centra en grote STZ's focussen zich steeds meer op oncologie en transplantatie. Niemand lijkt er echt om te malen. Afgelopen Chirurgedagen hebben we een kick-off-meeting "Op de Barricade voor de benigne chirurgie" georganiseerd die tot onze blijde verrassing resulteerde in een uitpuilende zaal met zowel "benigne" als oncologische GE-chirurgen. Dat sterkt ons in de gedachte dat de urgentie nu zeker gevoeld wordt. De komende periode zal de NVGIC en haar 'benigne'-werkgroepen de koppen bij elkaar steken om te bepalen hoe de belangen van de benigne chirurgie het best behartigd kunnen worden.

Wat een onsje minder mag

Zonder het onderwerp te willen bagatelliseren, maar het mag komend jaar wel een beetje minder "IZA". De afgelopen periode heeft het IZA-dossier enorm veel energie en tijd geslurpt en dat dreigde regelmatig ten koste te gaan van andere belangrijke dossiers waar de NVGIC zich over dient te buigen. Uiteraard is het IZA-proces belangrijk en moeten we onze leden zo goed mogelijk vertegenwoordigen, maar we moeten ons ook realiseren dat onze invloed op het proces relatief beperkt is; veel wordt toch buiten en over ons heen gestuurd en besloten. De impact die wij als subs op IZA hebben en de moeite die erin gestoken is, was vorig jaar disproportioneel. IZA blijft prioriteit, maar het mag een onsje minder.



Topprioriteit voor de NVCO het komende jaar

We hebben een NVCO-strategisch beleidsplan 2024-2028 gemaakt. Dit is in de afrondende fase. Het is voor de NVCO en haar leden een mooie leidraad voor de toekomst. Daarnaast is heeft NVCO-chirurgenweek onze topprioriteit: de basiscursus oncologie was voor de NVCO differentiaten aan vernieuwing toe, er was onvoldoende aansluiting. Hiertoe hebben wij zelf een NVCO-chirurgenweek ontwikkeld. Hier gaan we in 2025 mee starten. Dit wordt een heel mooie cursus waar de basisbeginnelen van de oncologie aan bod komen, maar ook state of the art behandelingen en de nieuwste ontwikkelingen.

Wat een onsje minder mag

IZA heeft afgelopen jaar veel aandacht gevraagd en het hele proces wacht nu op de uitkomst van de impactanalyse. Het is de vraag wat hiervan de uitkomst gaat zijn en met name is het belangrijk om te weten of de beschouwers meegaan in de volumenormen. Daarnaast is er een nieuwe minister die weer een andere visie heeft op bepaald beleid. De NVCO is natuurlijk wel erg benieuwd naar de uitkomsten maar ondertussen hebben we ook met de NVvH een eigen kwaliteitsbeleid vastgelegd in het strategisch beleidsplan en daar kunnen we ook mee verder.



Topprioriteit het komende jaar

De iopprioriteit van de NVvV voor het komende jaar wordt eigenlijk het beste samengevat door de missie die bovenaan ons meerjarenbeleidsplan 2023-2028 staat, namelijk "Vaatchirurgie veilig en goed, innovatief en transparant, samen toonaangevend". De reden dat we dit als topprioriteit hebben gekozen, is dat het perfect weergeeft waar we als bestuur en vereniging voor staan.

Wat een onsje minder mag

Minder prioriteit mag het hele gedoe rondom IZA, normering, impactanalyses etc. krijgen. Dit hele proces kost namelijk erg veel tijd en energie.



Topprioriteiten voor de NVT het komende jaar

De top-3 bestaat voor de NVT uit: het aanpakken van schaarste in de zorg (zowel aan personeel als aan middelen of locatie). Daarnaast staat preventie van letsels ook hoog op onze prioriteitenlijst, net als het samen beslissen, de patiënt- en familievoorlichting en het feit dat niet alles wat chirurgisch kan, hoeft.

Wat een onsje minder mag

E-Health, want het is er al en kan gewoon gebruikt worden, en het kan de druk op ons systeem wat verminderen.



Topprioriteit het komend jaar

Nu er steeds meer aandacht is voor centralisatie van zorg, met de longchirurgie in de eerste tranche m.b.t. het IZA, mag voor de NVVL de benigne longchirurgie meer prioriteit hebben. Concentratie van zorg en centralisatie voor de oncologische longchirurgie kan herverdeling van chirurgische zorg over verschillende klinieken tot gevolg hebben. Een empyeem kan ontstaan binnen meerdere (snijdende) vakgebieden. Dit zou kunnen betekenen dat een zieke patiënt moet worden overgeplaatst en daardoor niet meer in het ziekenhuis ligt met expertise voor zijn of haar primaire probleem.

Verder mag meer prioriteit hebben: de opleiding scherp 3.0 en de opleiding van de toekomstig longchirurg. Op dit moment is de longchirurg een gespecialiseerd chirurg. Met de komst van een algemeen chirurg ontstaat voor ons het belang om als beroepsvereniging voorwaarden op te stellen wat een algemeen chirurg wel of niet mag opereren. Een empyeem ontlasten bijvoorbeeld kan soms ingewikkelder zijn dan een anatomische resectie. We willen graag ook aandacht besteden aan hoe de opleiding tot longchirurg te integreren met de cardiothoracale chirurgie. We willen de bestaande Cash 3 en Wetlab skills course op een hoog niveau houden. Verder willen we 1-2 webinars organiseren, deze werden in Covid tijd goed ontvangen.

Een onsje minder

Minder prioriteit mag voor ons hebben het plannen van belangrijke relevante landelijke vergaderingen midden in de zomervakantie.



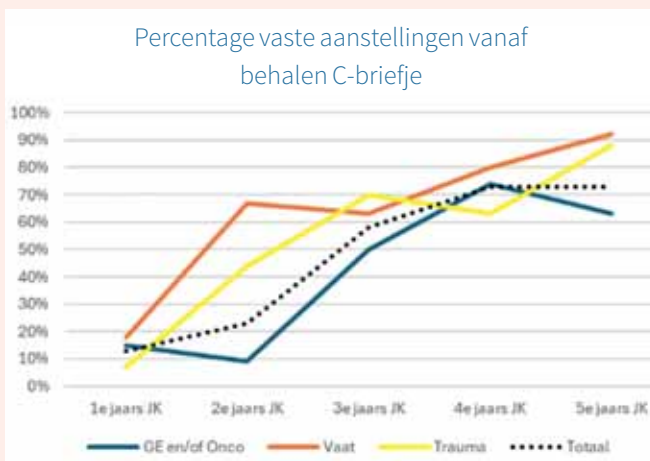
Topprioriteit voor de NVKC het komend jaar

Goed dat jullie dit vragen. Eerder dit jaar hebben wij ons Beleidsplan 2024-2028 gepubliceerd. Hierin zijn wat het bestuur betreft twee zaken extra belangrijk: netwerkzorg en transparantie. Kinderchirurgie is netwerkzorg bij uitstek. Hierin is nog veel werk te doen. Zo stellen wij ons ten doel om de verbinding tussen de academische kindercentra en de perifere ziekenhuizen te stimuleren. Met name de uitwisseling van patiënten, de organisatie van perioperatieve zorg en samenwerking tussen verschillende disciplines zijn hierbij belangrijk. Daarnaast zal er ook gewerkt moeten worden aan transparantie. Dit is voor de vaak zeer zeldzame aandoeningen die in academische centra behandeld worden een lastig item. Toch zullen hierin echt stappen gezet moeten worden.



Waar komend jaar onze prioriteit liggen

De arbeidsmarkt blijft de grootste prioriteit van de VAGH tot de markt volledig genormaliseerd is. Gelukkig zien we vooruitgang bij de vaat- en traumachirurgie. Helaas blijft de GE/ONCO achter en heeft na vijf jaar pas 60% een vaste baan. Daarom blijven we ons hier hard voor maken. We hopen dat het dashboard met data over differentianten hiermee gaat helpen. Daarnaast zullen we komende edities van het tijdschrift ook succesvolle dakpan-reconstructies delen.



Diversiteit binnen de heekunde heeft ook prioriteit. Een diverse club mensen geeft bewezen betere resultaten. Er valt nog genoeg te leren hierover binnen de heekunde. Geen kant en klare oplossing maar vanuit ons blijvende aandacht en blijven leren van andere disciplines.

Wat voor ons ook een belangrijk punt van aandacht is: zaken verzwijgen tijdens visitaties. 22% van de AIOS spreekt zich niet vrij uit en 30% verzwijgt zaken tijdens de visitatie. Dit kan en moet verbeteren. Samen met het concilium gaan wij hiermee aan de slag. Daarnaast blijven we actief betrokken en denken wij mee met het schrijven aan het nieuwe opleidingsplan: SCHERP 3.0.

Verder ligt onze prioriteit ook bij duurzaamheid. De zorg is niet meer houdbaar. We zullen, mede door samenwerking met het landelijk netwerk De Groene OK, het thema duurzaamheid blijven integreren in ons beleid, waarbij we nog meer best practices met het land willen delen. Binnenkort niet alleen de chirurgische wekelijkse weetjes op onze LinkedIn, maar ook wekelijkse groene tips!

Tot slot is werkplezier en voorkomen van burnout voor ons zeer belangrijk. Aandacht voor ondersteuning bij (jonge) gezinnen en flexibeler maken van de werktijden, bijvoorbeeld door de mogelijkheid van het digitaal bijwonen van de overdracht zodat iemand zijn/haar kind naar de opvang kan brengen. Aanmoedigen van individualisering en profilering en dit ook actief mogelijk maken (bijvoorbeeld roostervrije dagen voor mensen die een bestuurstaak hebben, rooster maken, congres organiseren etc.).

Waar we komend jaar wat minder prioriteit bij leggen

We merken dat onze nieuwsberichten het beste aankomen via onze actieve LinkedIn, regio apps en nieuwsbrieven. Onze website wordt door de leden het minst gebruikt, we gaan er daarom minder tijd in steken.

Daarnaast gaan wat minder aandacht besteden aan grensoverschrijdend gedrag binnen de heekunde. Dit klinkt controversieel bij zo'n belangrijk onderwerp, maar we hebben het gevoel dat het door alle activiteiten voldoende op de kaart staat (Michael van Vlooten lecture, VAGH symposium, AIOS enquête). We hopen dat nu de klinieken/chirurgen/opleiders/aios zelf hiermee aan de slag gaan. Vul vooral de bijna sluitende enquête 'Sociale zekerheid en gedrag' van de NVvH nog in. De resultaten hiervan zullen op de Najaarsdag gepresenteerd worden en over drie jaar zal er geherevalueerd. Hopelijk zien we dan een positieve vooruitgang.

Tot slot krijgt fysieke aanwezigheid minder onze prioriteit. Het is heel goed mogelijk om digitaal of in hybride vorm te vergaderen of regionaal onderwijs te hebben. Het vermindert reizen en maakt het mogelijk om efficiënter met onze schaarse tijd om te gaan. ■

Brood

Vorige week begon ik geheel tegen mijn natuur in, de dag wat ontstemd. Mijn koelkast bleek vrijwel leeg en in de broodtrommel vond ik welgeteld één eenzame boterham, die ik daarop uit zijn lijden verlost en hem als ontbijt in mijn mond propte. Op de kliniek was het niet veel beter, de lunch was de verdwaalde banaan in de fruitschaal, aangevuld met drie Merci'tjes van de verpleegafdeling en een stukje taart op het secretariaat. Sommige van mijn promovendi hoor ik nu voorbarig concluderen dat ik 'dus' wel vaker een lege voorraadkast zal hebben, omdat ze die opbouwende kritiek vaak verwarren met chagrijn, maar daar heb ik normaal gesproken echt geen last van. Nu wel.

Om mijn dag toch nog met een glimlach te eindigen, verheugde ik me op de huisgemaakte nasi als avondeten, omdat de voorraadkast inmiddels door het thuisfront was aangevuld. Maar die hoop werd de grond ingeboord doordat mijn dienst begon met een zieke patiënte op de spoedeisende hulp. U kent het wel, nog geen 65 maar biologisch 80, al enkele dagen brakend en buikpijn, comorbiditeit in eigenlijk ieder orgaanstelsel, scheefgezakt in bed, vlekken van braaksel op het T-shirt (zalmroze met tekenfilmfiguur), te moe om te praten. Reeds drieënhalf uur had deze patiënte doorgebracht in ons prachtige tertiaire centrum onder de hoede van een mij onbekende SEH-arts in opleiding. In die tijd was alles keurig gedaan volgens de regels en prioritering. Lab, infuus, ECG en gelukkig ook CT-scan. Alleen nog niemand die alle uitkomsten aan elkaar had gekoppeld op een manier die voor de betreffende patiënte tot een diagnose, laat staan behandeling had geleid.

Ik stond aan het bed en mijn handoplegging leidde tot een operatie-indicatie. Ik hou ervan, de dramatiek van de handoplegging, de pauze, het denken en dan het uitgesproken oordeel. Ik stond net op het punt mijn onuitputtelijke kennis en wijsheid over patiënte en haar familie uit de storten, toen de mij onbekende SEH-arts even afscheid kwam nemen. "Nou dag hoor, sterkte ermee hè!" vanuit de deuropening richting de patiënte. Vervolgens richting mij: "Koppel jij het beleid nog even terug aan mijn collega?" "Geen 'Dag professor, wat zijn uw bevindingen?' Geen 'Dag professor, dit is pte .. en ze heeft deze symptomen en deze uitslagen, wat denkt u ervan?' Geen reflectie, geen leermoment. Het voelde vervreemdend, maar wellicht was mijn beleving gekleurd door mijn eigen hypoglycaemie.

Strikt genomen deed ze niets verkeerd, de diagnostiek was ingezet, haar werktijd zat erop. Conform Gen-Z-principes waren verantwoordelijkheden genomen en daarna in het streven naar de perfecte work-life-balance ook deze direct begrensd. Laat het maar aan de losers van de oude garde om dan in de avonden de oplossing te bieden. Binnen een uur lag ze op tafel (de patiënte), halve meter dode dunne darm verwijderd, dat dan weer wel. De SEH-arts zag ik gisteren lopen, niet gestrest, ontspannen, op weg naar de lunch, met in haar hand een milieuvriendelijk, ongebleekt-kartonnen doosje met daarin vermoedelijk een huisgemaakt broodje biologische serranoham met pesto van een euro of dertien. Voorlopig voor haar geen chagrijn. ■



Wat beweegt de basisarts?

In veel Nederlandse ziekenhuizen merken chirurgen dat het steeds moeilijker wordt om basisartsen (anios) te vinden. Vacatures staan lang open, diensten blijven onvervuld. Aios krijgen minder opleidingstijd en soms moeten stafleden worden ingezet om het werk van de anios over te nemen. Dit speelt zeker niet alleen bij de chirurgie, maar zorgt voor sommige vakgroepen wel tot grote problemen. Bevestigen onderzoeken naar de beweegredenen van basisartsen dit beeld? En hoe zijn de ervaringen buiten de randstad?

Door: Hilko Swank

Hoewel er dus een ‘anios-probleem’ lijkt te zijn, is het echter niet zo dat er te weinig jonge artsen zijn: uitvoeringsorganisatie CIBG schat er 7500 basisartsen van onder de 30 zijn, die nog niet zijn ingestroomd in een vervolgopleiding. En dit aantal neemt alleen maar toe: basisartsen zijn nu bijna vier jaar afgestudeerd voordat zij aan een vervolgopleiding beginnen. Daarnaast is het benodigde aantal anios is in sommige ziekenhuizen in de afgelopen jaren juist groter geworden omdat men is afgestapt van het 38+10-uren-contract. Hierbij werd een deel van de fulltime werkweek uitgeboekt als ‘onderwijstijd’. Dit systeem is door veel vakgroepen aangepast naar een normaal 38-uren-contract, waarbij een anios vaak vier dagen per week werkt. De problemen lijken echter groter naarmate een ziekenhuis verder weg is van een academisch centrum, of geen opleidingsziekenhuis is. Het centrum kan dan immers minder aantrekkelijk zijn voor aniosen die een oogje hebben op een opleidingsplaats en zich in de kijker willen spelen.

Wat zeggen de onderzoeken?

Het Capaciteitsorgaan en het Nivel hebben onderzoek gedaan naar de beweegredenen van basisartsen.¹ Er zijn ruim 2000 basisartsen geïnterviewd en daarbij is gekeken naar wat zij belangrijk vinden bij de keuze van hun werkplek. ‘Inhoudelijk uitdagend’ wordt het meest genoemd (79%), gevolgd door ‘sfeer/cultuur in beroepsgroep’ (73%). Basisartsen willen zowel inhoudelijk als persoonlijk kunnen leren. Dat betreft zowel het ‘oplossen van medische puzzels’ als het praktisch op de werkvloer bezig zijn. Ook vinden basisartsen patiëntencontact belangrijk en wordt veel waarde gehecht aan een goede werksfeer. Een interessante bevinding is echter dat werktijden en

diensten (17%) en arbeidsvoorwaarden (9%) nauwelijks worden genoemd. Dit lijkt tegen te spreken dat de chirurgie een minder populair vak zou zijn vanwege een hogere werkdruk en meer diensten.

Het Nivel heeft in 2022 ook al onderzoek gedaan naar de voorkeuren van basisartsen voor hun vervolgopleiding.² Hieruit komt naar voren dat er onder jonge artsen geen afnemende belangstelling is om een medische vervolgopleiding te doen. Van de respondenten wil 73% een opleiding tot medisch specialist volgen, en 18% de huisartsopleiding. Dit spreekt tegen dat de huidige generatie basisartsen liever buiten het ziekenhuis zou willen werken of zelfs een baan buiten de zorg zoekt, bijvoorbeeld op zoek naar meer vrije tijd. Bij de cijfers voor voorkeur van vervolgopleiding is wel een zorgelijke trend te zien voor de chirurgie, waarbij het vak voor mannelijke artsen duidelijk minder populair is geworden als eerste keuze.

Chirurgie eerste keuze vervolgopleiding



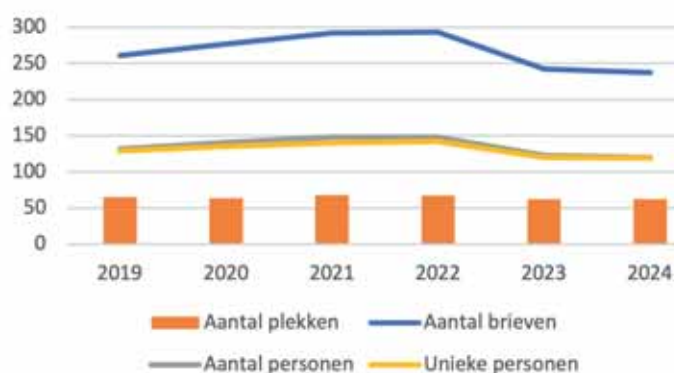
De mate waarin een factor van belang is bij de keuze voor een vervolgopleiding				
Reden	2013	2016	2019	2022
De inhoud van het werk	4,6	4,7	4,7	4,7
Interessant vakgebied	4,5	4,6	4,6	4,7
Intensief contact met patiënten	4,0	4,1	4,0	4,2
De sfeer/cultuur van de beroepsgroep/opleiding	3,9	4,1	4,2	4,2
De carrièremogelijkheden	3,1	3,2	3,3	3,3
De mogelijkheid om in deeltijd te kunnen werken	2,7	2,7	2,9	2,6
De gunstige werktijden (weinig diensten)	2,6	2,8	2,8	2,5

(Gemiddelde van een vijfpuntschaal, waarbij 1 gelijk stond aan “niet van belang” en 5 aan “in zeer grote mate van belang.”
Data in tabel overgenomen uit 2)

In dit onderzoek is gekeken naar factoren die belangrijk zijn bij de keuze van een vervolgopleiding. Ook hier komt naar voren dat de inhoud van het werk, patiëntencontact en de sfeer/cultuur van de beroepsgroep de belangrijkste factoren zijn – en wederom worden deeltijdwerken en weinig diensten het minst genoemd als belangrijke factor. Ook interessant is dat deze voorkeuren niet zijn veranderd in de vier peilingen die sinds 2013 zijn gedaan. Dit spreekt de hypothese tegen dat de ‘Gen Z’-dokter op zoek is naar een deeltijdbaan zonder diensten. Integendeel, de jonge dokter is op zoek naar een inhoudelijke en interessante baan met intensief patiëntencontact. Het Nivel suggereert in zijn rapport dat de afnemende belangstelling voor de chirurgie-opleiding te maken kan hebben met de matige baankansen voor jonge klare chirurgen. Maar juist de factor ‘carrièremogelijkheden’ scoort als factor niet hoog in de keuze voor vervolgopleiding. Misschien is de basisarts nog niet erg bezig met de baankansen die pas over een jaar of zes relevant worden.

De NVvH houdt cijfers bij over de aanmeldingen voor de sollicitatierondes (die tweemaal per jaar worden gehouden). Is hierbij ook een tanende belangstelling voor het vak te zien? Dat lijkt wel mee te vallen. In 2023 en 2024 zijn er wel minder aanmeldingen geweest, maar er waren ook minder opleidingsplekken te vergeven. Ook is het de vraag hoe de belangstelling zich verhoudt over de verschillende regio’s, waarbij het zou kunnen dat regio’s buiten de randstad minder aanmeldingen

Aanmeldingen opleiding Heelkunde afgezet tegen opleidingsplaatsen³



hebben en dus minder keuze uit kandidaten. De cijfers worden door de NVvH goed in de gaten gehouden om te zien of er sprake kan zijn van een neergaande trend.

Hoe zijn de ervaringen buiten de randstad?

Hoe wordt het aniostekort gevoeld in de ziekenhuizen die wat verder weg zijn gelegen van de universiteitssteden? Wat doen zij eraan om aniossen te rekruteren en zien zij oplossingen voor het tekort? We vroegen het aan twee chirurgen, Martijn Lutke Holzik (Almelo) en Edwin van der Zaag (Apeldoorn), die zich bezig houden met de werving en begeleiding van de anios.

Martijn Lutke Holzik, GE- en oncologisch chirurg in ZGT Almelo

Hoe groot is het probleem bij jullie?

“Bij ons in Twente is dit een heel groot probleem. Wij vallen onder regio Groningen maar zitten daar ver vandaan. Dat maakt het minder aantrekkelijk voor aniossen om naar ons toe te komen. Het probleem speelt nog niet zo lang en was een jaar of twee geleden het grootst. We hadden toen nog maar een paar aniossen in de kliniek. Die artsen die overbleven, moesten steeds harder werken en ook de aiossen gingen weer taken van de anios overnemen.”

Hoe hebben jullie dit aangepakt?

“Als opleidersgroep staan we garant voor het opleiden van aios, dus we kunnen niet accepteren dat zij slachtoffer worden van het probleem. We móésten wel ingrijpen en hebben een aantal oplossingen verzonnen. De eerste was om coassistenten aan te nemen als ‘scribe’: iemand die meeloopt met de dienstdoende arts om de telefoon aan te nemen en dossiervoering te doen. Hierdoor krijgen coassistenten meer affiniteit met het vak en is de drempel lager om te solliciteren voor een aniosplek. De tweede maatregel was om voor de bezetting in de dienst een beroep te doen op een uitzendbureau. Zij hebben een poule van jonge artsen die zichzelf als ZZP-er verhuren voor diensten. Daar maken we gebruik van voor met name de SEH-diensten in de nachten en weekend. Als ZZP-er vallen zij buiten de CAO en mogen daarmee 12-uurs-diensten doen of zelfs 36 uur in een weekend. Interessant genoeg zitten in die poule niet alleen basisartsen, maar ook aiossen van andere specialismen! Die worden door de CAO gebonden aan een beperkte werkweek, waarna ze vervolgens als ZZP-er extra uren maken.”

Waarom denk je dat er minder aniossen solliciteren?

“Jonge artsen blijven graag in de grote stad wonen en als ze daar een baan kunnen vinden, is dat aantrekkelijker dan forenzen. Ook gaan aniossen graag werken in de opleidingsziekenhuizen die bij een UMC horen, om hun kansen op een opleidingsplek te vergroten. En wie weet willen jonge artsen wel liever een baan buiten het ziekenhuis.”



Martijn Lutke Holzik

Uit de onderzoeken onder basisartsen komt dat laatste niet naar voren.

“Zou kunnen. Maar wat wel speelt is dat een jonge generatie artsen opkijkt tegen een veeleisend vak zoals de heerkunde en er misschien voor kiest om een minder intensief specialisme te gaan volgen. Daarom vind ik het Open Spookhuis-initiatief goed verzonnen, om de drempel te verlagen om bij de heerkunde te gaan kijken. Ook denk ik dat we actiever moeten zijn bij de coassistenten bijvoorbeeld op hun tweejaarlijkse congres. Dat is een uitgelezen plek om onszelf te laten zien. De VAGH is er actief mee geweest, maar chirurgen waren daar niet te vinden en dat vind ik een gemiste kans.”

Zie je een langetermijnoplossing?

“Ik denk dat we ernaar toe moeten dat een chirurgische vakgroep zo georganiseerd is, dat we minder afhankelijk zijn van de aanwezigheid van assistenten. Aios zouden echt bovenformatief moeten zijn zodat ze te allen tijde opgeleid kunnen worden. Maar dat betekent wel dat je als chirurg meer algemene taken moet gaan doen. Je ziet dit nu in de discussie over de chirurg op de SEH. We vinden dat allemaal een goed idee, maar dan moet je er wel ook echt gaan zitten.”

Edwin van der Zaag, GE-chirurg in Gelre Ziekenhuizen

Hoe groot is bij jullie het aniosprobleem?

“Het is helaas een probleem waar wij al een aantal jaren tegenaan lopen. Gelukkig lukt het ons door vele inspanningen van Peter van Duijvendijk, werving via sociale media en mond-op-mond-reclame om de formatie compleet te houden. Helaas wordt dat steeds lastiger en is er soms een tekort tussen de 1 en 3 FTE.”

Hoe hebben jullie het tot nu toe aangepakt?

“Wij hebben meerdere acties uitgezet. Eén van de acties is om een P.A. op te leiden en aan te nemen zodat sommige klinische taken op de afdeling en poliklinieken kunnen worden overgenomen. Dit is meer een oplossing voor de langere termijn. Inderdaad moet soms op kort termijn het weekrooster worden aangepast en klinische taken binnen de assistenten groep worden herverdeeld.”

Heeft de overstap naar regio Utrecht geholpen?

“De reisafstand was in de regio Amsterdam (AMC) inderdaad een probleem zeker omdat wij ook op twee locaties werken. Dit wordt beter nu wij in regio Utrecht zitten, waardoor we ook beter met de coassistenten verbonden zijn. Het grote voordeel van een groot niet-academisch opleidingsziekenhuis is dat de exposure ook voor de anios groot is en zij voor alle klinisch taken ingedeeld worden. Als ze dat leuk vinden, kunnen ze ook op de OK worden ingezet.”

Waarom zijn aniossen dan toch minder gemotiveerd voor de chirurgie om te kiezen?

“De aniossen bij ons zijn nog aan het begin van hun carrière en gebruiken deze periode om hun toekomstige specialisatie te bepalen. Vaak raken zij juist in deze fase gemotiveerd om verder te gaan in de chirurgie.”



Edwin van der Zaag

Zie je langetermijnoplossingen?

“Ik denk dat het heel belangrijk is dat de coassistenten goed begeleid worden. Bij ons zijn twee collega's hier heel enthousiast mee bezig. Dit nodigt uit om oudste co te worden en van daaruit te blijven als anios. Daarnaast proberen wij juist de onervaren artsen een zo goed mogelijke persoonlijke begeleiding te geven. Ook kunnen ze werken op een contract waarbij zij op diverse afdelingen werkzaam zijn. Zodat zij naast het opdoen van klinische ervaring ook een weloverwogen keuze kunnen maken voor de toekomst. Een langetermijnoplossing zou zijn als een dergelijke gestructureerde begeleiding van anios chirurgie uiteindelijk voordeel zou opleveren in de opleiding tot chirurg. Precies zoals reeds aan de orde is bij de opleiding tot huisarts, waarbij de opleiding verkort kan worden omdat enkele leerdoelen al behaald zijn.” ■

Literatuur

1. Wat beweegt de basisarts? Een vooronderzoek ten behoeve van de raming van basisartsen. Nivel en Capaciteitsorgaan, mei 2024
2. Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen: resultaten van de peiling in 2022. Vis, Flinterman, Batenburg. Utrecht, Nivel, 2022.
3. Data van Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, met dank aan Esther Jacobs en Bas Verhoeven.

Oproep

Aan alle opleiders het verzoek om (indien nog niet gedaan) nieuwe vooropleidingsaios die begin of halverwege 2025 hun opleiding starten zo snel mogelijk door te geven aan opleiding@heelkunde.nl. Graag ontvangen we hun naam, mailadres en oorspronkelijke opleiding (OP, PL, UR), zodat we hen kunnen uitnodigen om het CASH1-onderwijs van voorjaar/najaar 2025 te volgen. Het gaat alleen om de nieuwe vooropleidingsaios die nog geen CASH-onderwijs gevolgd hebben.

“Ik zie Dries Roelvink niet snel in zijn gele zwembroek de gracht in springen voor de hemorrhoid-patiënt”

Nog maar net geïnstalleerd achter zijn bureau op zijn nieuwe werkplek in Den Haag, op de lokale campus van de faculteit geneeskunde van Leiden, heeft Willem Hueting al direct het NTvH aan de lijn voor een interview over zijn prioriteiten. In het dagelijks leven GE-chirurg in het Alrijne Ziekenhuis, heeft Willem vier jaar geleden de werkgroep “Zuur!” opgezet en als UHD krijgt hij nu één dag in de week om in het Haagse zijn aspiraties om de anti-reflux-zorg -en wie weet in de toekomst de benigne- zorg in het algemeen naar een hoger plan te tillen.

Door: Johan Lange jr.

Je academische loopbaan als perifere jongen kent een fraaie start: voor het eerst als copromotor meteen een “cummetje” scoren.

“Dank! Je bent goed geïnformeerd. Alle lof naar de promovendus Matthijs van den Dop die een uitzonderlijke prestatie heeft geleverd en terecht cum laude gepromoveerd is. En dat op een benigne onderwerp, littekenbreuken, nog wel! Gelukkig blijft Matthijs betrokken bij het werk dat ik vanaf nu onder de hoede van de faculteit Leiden mag voortzetten.”

En wat moge dat precies zijn?

“Als anti-reflux-chirurg bemerkte ik dat er voor mijn tak van sport landelijk maar weinig overzicht en structuur was: lange wachtlijsten, geen prestatie-indicatoren, geen normvolumina, niet duidelijk wie wat waar deed en op welk kwalitatief niveau. In een poging om wat orde in de chaos te scheppen om uiteindelijk de anti-reflux-zorg in Nederland beter in kaart te brengen en naar een hoger plan te tillen, heb ik samen met



Willem Hueting

colleegae ‘Zuur’ opgericht, wat inmiddels tot een landelijk netwerk is uitgegroeid. Er is veel commitment en lef voor nodig geweest om elkaars data en resultaten uit te wisselen.”

Een beetje DICA-achtig projectje? Eigenlijk gek dat zo iets niet als vanzelfsprekend centraal is gereguleerd, maar afhankelijk is van het initiatief van één persoon.

“Tja, de prioriteit ligt natuurlijk al jaren bij de oncologie. Voor benigne zorg is zo’n infrastructuur niet vanzelfsprekend, maar in mijn ogen toch ook echt nodig om de zorg van mensen met refluxklachten te verbeteren. En dat beperkt zich niet alleen tot het verzamelen van chirurgische data, want ik wil eigenlijk de hele zorgketen goed in kaart brengen. Uiteindelijk wordt maar 1% van alle zuurlijders daadwerkelijk geopereerd, heel veel wordt in de eerste lijn of door de MDL behandeld of blijft daar hangen. Het gehele zorgproces moet worden onderzocht en daar krijg ik hier in Den Haag de tijd en de ruimte voor.”

Een groot probleem van jouw patiëntencategorie, en van “benigne” patiënten in het algemeen, is de lange wachttijden voor operatie. Hoe maak jij je daar sterk voor?

“Zoals gezegd, tot nu toe ligt de maatschappelijke prioriteit bij de oncologische patiënten. De coronatijd heeft dat ook pijnlijk duidelijk gemaakt toen de al zeer lange wachttijden voor patiënten met zuurbranden, litteken- en liesbreuken, galblaaslijden, Crohn en noem maar op, alleen maar verder opliepen. De situatie van de onbehandelde patiënt met een goedaardige aandoening kan vaak schrijnend zijn en je kunt je afvragen in hoeverre het snel adequaat behandelen van deze benigne categorie maatschappelijk niet minstens zo relevant is als bij een oncologische casus. Het betreft vaak jonge mensen die door hun aandoening niet in de maatschappij kunnen participeren, terwijl ze met een adequate snelle behandeling gelijk weer decennia vooruit kunnen, gelukkig kunnen zijn en de maatschappij weer van dienst kunnen zijn.”

“Laatst op de Chirurgedagen tijdens het door de NVGIC georganiseerde symposium ‘Op de barricade voor de benigne chirurgie’ stelde nota bene een gerespecteerd oncologisch slokdarmchirurg treffend dat een adequate behandeling voor hemorroïden- patiënten maatschappelijk relevanter is dan voor slokdarmkankerpatiënten. Als je je realiseert dat meer dan de helft van de mensen minimaal een aambeil zal krijgen en dat de prognose van de behandeling heel goed is en je zet dat af tegenover het slokdarmcarcinoom, begrijp je zijn punt. Aan de andere kant denk ik wel: je zult Dries Roelvink niet gauw in zijn gele zwembroek de Amsterdamse grachten zien inspringen voor een campagne voor het hemorroïd, terwijl ik hem dat voor een willekeurige kankertype wel zie doen. Dus los van wat wij als professionals van de disbalans in prioritering ook mogen vinden, hebben we ook te maken met de publieke opinie.”

Is die publieke opinie te beïnvloeden? En staat dat op jouw agenda nu je kantoor houdt in het centrum van de macht?

“Beïnvloeden is een verkeerd woord. De benigne zorg moet echter wel een beter podium krijgen. Daar waar de oncologische zorg al erg ver is met kwaliteits- en volumenormen, verdient ook de benigne zorg een systeem waarbij er naar de beste kwaliteit gestreefd wordt. Wat het grote voordeel is van de oncologische chirurgie, is dat het heel heldere eindpunten heeft: overleving,

radicaliteit. Bij de benigne chirurgie is dat veel vager: kwaliteit van leven, comfort, pijn, inzetbaarheid op werk... Ik zie het als mijn missie om voor de zuurpatiënten alle data te ordenen en niet alleen intramuraal maar vooral ook extra- en transmuraal. En de campus hier is de ideale setting om dat te bewerkstelligen. Het is een inspirerende omgeving met dokters en wetenschappers van divers pluimage: van huisartsen tot MDL-ers, van gedragswetenschappers tot economen. En ik merk persoonlijk dat binnen de medische wereld er ook steeds meer het belang wordt ingezien van betere benigne zorg.”

O ja? Dat blijkt dan niet uit de houding van bijvoorbeeld de academische centra die benigne zorg steeds meer naar de periferie lateraliseren en hun neus ervoor lijken op te halen, hetgeen natuurlijk ook een negatieve spin-off heeft voor de wetenschappelijke aandacht en output en dus uiteindelijk ook voor de ontwikkeling van het vak als geheel.

“Nou, ik zit hier toch? En ik merk dat de academische collegae zich ook steeds meer zorgen maken over de waarborging van goede benigne zorg. De NVGIC heeft zoals gezegd afgelopen mei een goede kick-off gegeven met het op de barricade springen voor de benigne chirurgie en dit jaar zullen alle benigne GE-werkgroepen de koppen bij elkaar steken om te kijken of we de krachten kunnen bundelen.”

En wanneer ben je dan tevreden?

“Ik zou het mooi vinden als ik met Zuur! een enorme kwaliteitsslag voor de zuurzorg zou kunnen bewerkstelligen en dat mijn werk hier in Den Haag tot een mooie blauwdruk leidt die voor de andere benigne zorg bruikbaar is. Dat de patiënt met de goedaardige aandoening ook in een systeem behandeld wordt dat kwaliteitsgedreven is, met prestatie-indicatoren, volumenormen en waarborging van acceptabele wachttijden. Het ultieme zou zijn als we een werkgroep of vereniging kunnen oprichten die net zoals de SONCOS voor de oncologische zorg, de belangen van de benigne patiënt behartigt. Ik weet dat de NVGIC en de NVvH hier positief in staan. Maar ik ben pas echt tevreden als we in plaats van veel lullen ons vooral weer focussen op datgene waar we allemaal ooit dokter voor geworden zijn: het goed zorgen voor onze patiënten, wat zijn of haar aandoening ook moge zijn.” ■

Er is maar één echt probleem

Door: Johannes Wegdam, lid hoofdredactie



Johannes Wegdam

Tijdens het evaluatiegesprek vroeg de opleider waarom de AIOS zich uitgerekend in de GE-chirurgie wilde verder differentiëren. Er waren immers al serieuze issues in de werk-privébalans geweest en er was zelfs met een life-balance-coach aan time-management gewerkt. Waarom dan toch kiezen voor de GE-chirurgie? Acute buiken die pas na de middagoverdracht op tafel kunnen omdat de CT nog niet gemaakt was, of waar de gynaecoloog nog iets moest. Naad-stress, die een heel weekend kan vergallen. Voor deze AIOS zou de goed planbare mamma- en schildklierchirurgie een veel betere keus zijn.

De AIOS bleef bij de keuze voor GE. Vaten was niets, want dan zat je veel te veel op het vinkentouw niets te doen of stents te plaatsen. Trauma was alleen leuk als je in een Level 1 centrum zat. Nee, GE moest het worden, ook dankzij de lange gesprekken met de coach. Een fantastische coach die de AIOS had begeleid in het onderzoeken welke problemen ècht belangrijk en ècht urgent zijn. Daaruit volgt dan automatisch wat voor een persoon zelf belangrijk is. Waar wil je heen? Welke keuzes moet je daarvoor maken? Hiervoor zette de coach een superinstrument in: de Eisenhower Matrix, waarmee je alle dagelijkse problemen die er continue op je af komen, direct in die 2x2-matrix moet plaatsen ('belangrijk/onbelangrijk' en 'urgent/niet-urgent'). Het doel is elk klein of groot probleem dat op je afkomt, door logisch na te denken, uit het belangrijke-èn-urgente vakje weg te houden, en in één van de andere vakjes te plaatsen, waardoor je veel beter je tijd kunt managen.

De AIOS was in de loop van de opleiding steeds meer gaan inzien dat heel weinig van alle dagelijkse problemen op het werk, zowel belangrijk als urgent waren. Meestal was het één van beide,

maar niet allebei. Keuzes werden makkelijker. Telefonische policonsulten afmaken of snel naar OK? Een congres of een weekend weg? Sport of wetenschap? Naar de crèche of de Hix-werklijst leegmaken? Beknelde darmen in een navelbreuk acuut opereren of toch voor passende zorg kiezen? Na een lange tijd de matrix te hebben toegepast, had de AIOS vastgesteld dat er eigenlijk niets meer belangrijk èn urgent was. Zelfs niet een AAAA of ISS>16 punten, ook daar was er nog altijd wel tijd voor een CT.

Er bleven dus alleen nog maar endogene problemen over. Zelf verslikken, zelf verdrinken of een mes in je hart. Deze zaken zijn belangrijk èn urgent, maar geen dagelijkse kost voor een mens. Uiteindelijk bleef 'nature's call' als enig endogeen probleem over, waar altijd direct antwoord aan gegeven moet worden. 'The urge to open one's bowels' is immers topprioriteit voor ieder mens. Dat staat effectief boven alle keuzes en bepaalt alles op dat moment. En dat heeft niets met vaten of trauma te maken. Dat is GE. En omdat dat voor de AIOS, als mens, dus ècht heel belangrijk was, koos de AIOS daarom voor de GE.

De opleider keek de AIOS verbijsterd aan. Over het algemeen had de opleider geen hoge pet op van een 'na-mijn-eigen-burnout-ben-ik-mijn-eigen-burnout-preventie-praktijk-begonnen'-coach. Maar deze coach was kennelijk een klasse apart. De opleider begon wat onrustig op de stoel te schuiven en mompelde iets over de ingewikkeldheid van het gespreksverslag dat hierover geschreven moest worden. Plotseling stond de opleider op, verexcuseerde zich en zei even hoognodig weg te moeten. ■

“Luister, ik moet veel werken, dus jij moet later de kinderen naar school brengen”

Je kunt geen krant openslaan of je leest erover: Gen Z-ers (de generatie geboren tussen '95 en '15) zouden overgevoelige snowflakes zijn zonder arbeidsethos, of er wordt, iets genuanceerder, bezorgd gesproken over de veranderde mentaliteit van de nieuwe generatie. Deze zorgen gaan 'dus' ook vaak over de Gen-Z-artsen, die hun leven buiten het ziekenhuis nadrukkelijk op één zouden zetten. Maar klopt dat beeld wel? We vroegen het twee collega's uit Generation Z zélf: Stijn de Ruiter (1995), eerder ANIOS chirurgie in het Medisch Centrum Leeuwarden, nu ANIOS SEH in Tjongerschans Ziekenhuis, en Roos Bleckman (1994), ANIOS chirurgie in het Medisch Centrum Leeuwarden en promovenda bij de chirurgie in het UMCG.

Door: Eefje de Vries

Roos en Stijn, wat vinden jullie van de kritiek op jullie generatie?

Stijn: “Ik denk dat elke generatie te maken heeft gehad met misverstanden en uitdagingen. Men heeft dan nu de neiging om met een roze bril terug te kijken naar vroeger. Dit zorgt voor vooroordelen en een mening van 'zoals het vroeger bij ons ging, zo moet het blijven gaan'. Maar tijden veranderen, de huidige generatie zet zich in voor een goede werk-privébalans. Dat daar dan af en toe tegengeluiden vanuit andere generaties uit voort komen is een logisch gevolg.”

Roos: “Enerzijds kan ik me de kritiek wel voorstellen gezien de vorige generaties nog gewend zijn fulltime te werken, maar anderzijds, we moeten ons ook gaan afvragen of 70-urige werkweken nog normaal zijn en of dit goed is voor onze gezondheid.”

Zien jullie om je heen ook dat jullie generatie niet meer fulltime in het ziekenhuis wil werken?

Stijn: “Omdat de werktijden in het ziekenhuis zoveel langer zijn dan het contract, gaan ANIOS vaker parttime werken. Zo hebben ze in ieder geval wat tijd voor zichzelf. Bovendien wordt er door headhunters ook actief geworven voor banen buiten het ziekenhuis. Op LinkedIn krijg ik de ene na de andere aanbieding, bijvoorbeeld als basisarts in de arbeidsgeneeskunde, verzekeringsgeneeskunde, huisartsgeneeskunde, ouderengeneeskunde, enzovoorts. Er worden je echt bizarre salarissen geboden met ook nog allerlei extra's zoals een auto.”

Roos: “Ik ben toch wel een beetje conservatief. Ik zou er zelf niet gauw voor kiezen om als ANIOS parttime te gaan werken. Waarom zou je dat nu doen, denk ik dan? Nu kan je juist nog alles, dat vind ik moeilijk in te beelden. Als ik niet ook nog mijn promotie aan het afronden was, zou ik voldoende tijd hebben voor mijn privéleven met alle compensatiedagen die ik als ANIOS heb.”

Stijn, jij bent heel expliciet over je keuze om niet verder te gaan in de chirurgie. Hoe is dat veranderd in de tijd dat je als ANIOS-chirurgie hebt gewerkt?

Stijn: “Ik ben vanuit mijn rol als semi-arts in het ANIOS-schap gerold. In het begin was ik heel erg enthousiast, maar ik merkte al snel dat de dienstbelasting niet erg afgebakend was: ik was regelmatig tot 20.00 uur in het ziekenhuis. Dat kostte mij meer energie dan dat het opleverde. Bovendien zag ik bij de chirurgen om me heen dat het privéleven regelmatig op de tweede plek komt. Ik heb ook wel mensen gesproken die zeiden: als ik weer zou kunnen kiezen, zou ik niet dezelfde keuze maken. Dat heeft me wel aan het denken gezet: zou ik er gelukkig van worden om die offers te brengen? Ik ging me afvragen wat ik later belangrijk vond en daar kwam uit dat mijn privéleven pertinent op nummer één komt. Daarnaast sprak het bredere vak van de SEH me erg aan en waren de diensten daar beter afgebakend, vandaar mijn keuze om te switchen.”

Stijn: “Zou ik er gelukkig van worden om die offers te brengen?”

Roos, wat is jouw gevoel bij de overwegingen van Stijn?

Roos: “Ik herken die afwegingen wel, ook ik zie om me heen dat het werk vaak toch wel voorgaat op het privéleven. Ik heb ook wel bij andere specialismen rondgekeken, maar uiteindelijk was er niets waarover ik zo enthousiast was als de chirurgie. Als iets echt je passie is, krijg je er zoveel energie uit dat dat alle tijd die je erin stopt ook waard is. In de negen maanden dat ik nu ANIOS ben, is dat gevoel alleen maar sterker geworden.”

Maak jij je dan geen zorgen over je werk-privébalans in de toekomst?

Roos: “Als ik eerlijk ben, wel ja, met name als je ziet hoeveel moeite het kost om als chirurg een vaste werkplek te vinden. We hebben chirurgen uit Zuid-Holland, die leven in de Van der Valk en hun gezin zit ver weg. Op mijn leeftijd is het niet te bevatten hoe het is om een gezin te hebben, maar daar denk ik soms wel eens over na, dat je dus het hele land door moet om een baan te vinden. Dat baart mij wel eens zorgen, maar iedereen zegt ook dat het gaat veranderen, dat het wel weer goed komt met de banenmarkt. Over het leven als AIOS maak ik me niet zoveel zorgen. Dan ben je nog onder de vleugels, dan wil je alles leren, ben je nog jong, heb je nog geen gezin misschien.”

Er zijn natuurlijk ook nog andere dingen buiten het ziekenhuis, behalve een gezin. Wat doen jullie naast je werk?

Stijn: “Ik doe aan duursport, ik loop marathons en fiets lange afstanden, dus dat kost ook veel tijd. Op de SEH ben je buiten je diensten vrij en heb ik dus veel meer tijd voor mijn sport. Daarnaast spreek ik veel met vrienden af. Mijn hele vrienden-groep komt hier uit de buurt en ook mijn hele familie woont hier, dus ik ben wat dat betreft best wel gebonden aan Noord-Nederland. Dat is voor mij ook een belemmering om te kiezen voor de opleiding tot chirurg, met grote kans om weg te moeten uit de regio.”



Stijn de Ruiter



Roos Bleckman

Roos: “De gezondheidszorg heeft geen timing”

Roos: “Ik houd ook van sporten, maar ik ben van vijf á zes keer per week sporten tijdens mijn tijd als onderzoeker naar twee keer per week gegaan. Dat hoort erbij wat mij betreft, dat zie ik als investeren in het vak, maar je moet wel zorgen dat je aan je lichamelijke en mentale gezondheid blijft werken. Wat mijn sociale leven betreft: ik ben van mijn vriendinnengroep wel degene die het minst vaak bij alle bijeenkomsten is, maar dat komt ook omdat ik mijn proefschrift aan het afronden ben naast mijn werk als ANIOS. Mijn vrienden weten dat nu van mij dus dat is ok. Zelf mis ik het soms wel maar je kunt niet alles tegelijk willen.”

Roos, hoe zou jij je ideale werkomstandigheden over 10 jaar als chirurg omschrijven?

Roos: “Ik vind het moeilijk om te bedenken hoe het werk er idealiter uit zou moeten zien, want het moet wel realistisch blijven natuurlijk. Je kunt niet een operatie niet laten uitlopen, je kunt niet kiezen hoeveel acute buiken er komen en hoe vaak je wordt wakker gebeld. Iedereen zou wel van negen tot vijf willen werken zonder diensten, maar als je dat wilt dan kies je niet voor de chirurgie. Het klinkt wat cliché maar het is wel een way of life waar je voor kiest, de gezondheidszorg heeft geen timing.”

Hoe zien jullie dat voor je met een gezin? Denk je dat je prioriteiten dan gaan verschuiven?

Roos: “Ik weet niet hoe ik me zal voelen als moeder. Iedereen zegt dat je je kind dan op 1 zet en dat het moeilijk is om dat los te laten, maar ik kan me dat nog niet inbeelden eigenlijk. Af en toe heb ik heb wel eens de angst dat ik toch een heel erge moedermoeder word. Ik heb wel vast afgesproken met mijn vriend, die monteur is: luister, ik moet veel werken, dus jij moet later de kinderen naar school brengen en weer ophalen, want ik ga dat niet redden. Hij weet dat dit mijn droom is en hij is daar helemaal oké mee.”

Stijn: “Als ik een gezin heb staan mijn kinderen op 1. Mijn vriendin is interventiejurist bij het openbaar ministerie en wil uiteindelijk officier van justitie worden. Ook behoorlijk ambitieus dus, maar over het algemeen wel met meer regelmatige werktijden. Wij hebben nog niet echt vastgelegd hoe we het regelen met de kinderen, maar hebben wel vastgesteld dat de combinatie van regelmatig en onregelmatig in principe wel handig is.” ■

“Een fantastisch vak dat je tegelijkertijd op kan vreten”

Werk of vrije tijd? Eerder met pensioen of langer doorwerken? We vroegen het drie chirurgen van verschillende leeftijden, te weten Bram Rijkbroek (65), Susan Lemson (57) en Jelle Posthuma (34). Een gesprek waarbij prioriteiten ons ook brachten op ambitie en arbeidsethos.

Door: Martine Willems

Bram, waarom ben je zo vroeg minder gaan werken en gestopt?

Bram: “Belangrijk is dat ik het werk voor de volle 100% wilde doen, niets minder. Niet alleen het klinische werk maar ook alle taken die er in het ziekenhuis liggen. Ik ben hartstikke fit maar diensten en disutility gaven de laatste tijd wel een extra

belasting. Daarnaast heb ik gezien bij anderen dat ziekte een onverwachte wending kan geven aan het leven, ook bij zestigers. En er zijn dingen die ik wil doen nu het nog bij volle gezondheid kan, zoals bijvoorbeeld een aantal weken door Europa fietsen, dat aspect kreeg ineens wel meer prioriteit.”



Bram Rijkbroek ging anderhalf jaar geleden met pensioen na 21 jaar algemene en vaatchirurgie in het huidige Spaarne Gasthuis ziekenhuis. Op 61-jarige leeftijd ging hij 75% werken. Voor iemand die zo fit is van lijf en leden zijn deze keuzes ongebruikelijk binnen onze beroepsgroep dus we voelden hem aan de tand over zijn motivatie.



Susan Lemson werkt al 18 jaar als vaatchirurg in Doetinchem. Ze is opleider van de tropen-opleiding. Nadat haar maatschap eerder een dakpanconstructie had uitgedacht met een van haar oudere collega's, denkt zij nu hard na over hoe gezond de eindstreep te halen.

Merk jij ook al iets van de dienstbelasting Susan?

Susan: "Wij zijn vrij de dag na dienst, en dat helpt, maar ik heb de moeite met diensten ook gezien bij mijn oudere collega's. Die hadden soms een humeur dat niet te pruimen was. Toen mijn oudste collega in dakpanconstructie ging werken kwam hij weer fluitend het ziekenhuis in. Zelf heb ik een aantal jaren geleden gestreden om iets minder te werken. Ik werk nu 0,9 FTE maar toen ik in de maatschap kwam was dat nog helemaal niet gebruikelijk. Daar heb ik zaadjes voor moeten planten bij de anderen, en toen een aantal collega's het ook wel wilden kwam er ruimte in de maatschap om een chef de clinique aan te nemen."

Bram: "Zo is het bij ons ook gegaan. In hetzelfde jaar dat ik 75% ging werken zijn er nog twee collega's 75% gaan werken en in het jaar daarna weer twee, en toen kwam er dus ook ruimte om nieuwe collega's aan te nemen."

Wat vindt de jongere generatie van parttime werken?

Jelle: "Ik geloof niet dat je je vaardigheden goed bij kunt houden als je ze niet regelmatig genoeg doet, maar aan de andere kant is meer parttime werken een logische ontwikkeling. Als ik kijk

Susan: "Je kunt je carrière niet helemaal uitstippelen van tevoren"

naar wat mijn generatie belangrijk vindt dan zie ik dat wij ons minder identificeren met onze baan. De aandacht verschuift van 'voornamelijk in het ziekenhuis' naar dingen buiten het ziekenhuis. En thuis kan ik ook niet aankomen met alleen maar werken en verwachten dat alles geregeld is. Ik worstel wel eens met dat snijvlak tussen te veel en te weinig."

Hoe worstel je daarmee?

Jelle: "Ik wil ervoor waken dat ik later, als ik ooit stop met werken, zeg: "Het enige wat ik anders had willen doen is meer thuis zijn." Maar dat lukt me nog niet zo echt. Daar vind ik het werk te leuk voor. Het vak leent zich voor verdere ontwikkeling. Voor pionieren, voor dingen neerzetten."

Plezier in het vak en ambitie zijn zo te horen in ruime mate aanwezig

Susan: “Wat ambitie betreft: de dingen lopen zoals ze lopen. Ik heb voor deze baan in de periferie gekozen maar voor hetzelfde geld was ik in de academie blijven hangen en heel actief gebleven in de wetenschap, wat ik destijds graag deed. Soms komen dingen op je pad, zoals de baan die ik nu heb, opleider worden of het organiseren van een symposium. Je kunt je carrière niet helemaal uitstippelen van tevoren.”

Jelle: “Zo denk ik er ook over. Ik ben vooral benieuwd waar mijn carrière me gaat brengen. En als je me vraagt: wanneer is je carrière succesvol geweest? Dat is die als ik mijn (toekomstige) kinderen heb zien opgroeien én de mogelijkheid heb gehad het mooiste werk te doen wat er is.”

Bram: “Want het is natuurlijk een fantastisch vak. En tegelijkertijd een vak dat je op kan vreten. Als je zou willen kan je er 24 uur per dag mee bezig zijn.”

Susan: “Precies. Als ik aan het werk ben valt de rest weg. Soms kom ik thuis en denk: dat had ook best eerder gekund. Ik heb mezelf moeten aanleren om niet altijd maar voor perfectie te gaan. In patiëntenzorg is het moeilijk om niet voor die 10 te gaan. Maar in dossiervoering bijvoorbeeld, ach “who cares” als er een typefout in staat? Een beetje loslaten, dat heb ik echt moeten leren.”

Jelle: Er is inderdaad op het werk een continue stroom van zaken die je aandacht vergt. Ik heb Facebook en Instagram van mijn telefoon gehaald omdat het werk voor mij al voldoende prikkels oplevert, daarbuiten bouw ik graag meer rust en quality time in.”



Jelle Posthuma is dit jaar, direct uit de opleiding, begonnen op een stafplek traumachirurgie in het Flevoziekenhuis.

Jelle: “De maatschappij is sneller aan het veranderen dan dat wij meebewegen”

Dat brengt ons op het arbeidsethos van onze beroepsgroep, wat vinden jullie daarvan?

Bram: “Ik ben van mezelf vrij gedisciplineerd. Als iets af moest voor de vakgroep of het ziekenhuis dan moest het ook af, en het moest ook goed gebeuren. Half werk is geen werk. Dat betekent dus ook dat er in de avonden vaak nog van alles moest gebeuren.”

Susan: “Zoals poli voorbereiden bijvoorbeeld, of een presentatie maken. Vanuit het opleiderschap heb ik veel met de arts-assistenten te maken en ik zie een verschuiving. Enigszins generaliserend kan ik wel stellen: de generatie boven ons vond het moeilijk om met pensioen te gaan, mijn generatie heeft een leven naast het werk en de jongere generatie werkt om te kunnen leven, en dat botst soms met het vak.”

Jelle: “De buitenwereld kijkt wel echt anders tegen dokters aan tegenwoordig. Een grote carrière in de chirurgie levert je aanzien op binnen de beroepsgroep maar de buitenwereld denkt dat je gek bent dat je altijd maar weg bent.”

Verandert er naar jullie idee iets in onze beroepsgroep?

Jelle: “Te langzaam. De maatschappij is sneller aan het veranderen dan dat wij meebewegen - en daar gaan wij last van krijgen.”

Susan: “Toen ik arts-assistent was in de jaren ‘90 vond de oude garde ons luie donders vanwege het arbeidstijdbesluit van 48 uur, en sindsdien is er toch wel wat veranderd.”

Bram: “Aan de andere kant: toen ik net chirurg was werd er al gezegd dat loondienst voor iedereen eraan zat te komen, en dat heb ik mijn hele carrière gehoord.”

Terug naar prioriteiten: wat zijn jullie belangrijkste prioriteiten op dit moment?

Susan: “Werk en kinderen staan beiden bovenaan. En natuurlijk ouders die ouder worden. Daarna komt mijn eigen ontspanning. Ik heb na jaren het saxofoon-spelen weer opgepakt. Heerlijk even stoom afblazen.”

Jelle: “Ontdekken wat de plek is die ik kan innemen in traumachirurgisch Nederland, specifiek in de topsport-geneeskunde, én natuurlijk de balans in het leven goed houden.”

Bram: “Drie tot vijf keer in de week sporten, vrijwilligerswerk. Ik ben niet in een gat gevallen, integendeel. Door te starten met vrijwilligerswerk is er een hele nieuwe wereld voor me opengegaan. En uiteindelijk gaat het erom dat je jezelf moet vermaken, dat je dát doet waar je gelukkig van wordt.” ■



Hester Oldenburg

Aantal jaar chirurg: 25 jaar

Huidige functie: Oncologisch chirurg, aandachtsgebied mammacarcinoom Antoni van Leeuwenhoek, voorzitter van het stafbestuur, hoofd van de afdeling chirurgie.

Wil je doorwerken tot je 67ste?

Zover ik het nu kan overzien, wil ik doorwerken tot mijn 67ste. Ik heb energie genoeg en nog veel lol in het opereren, poli doen en in alle bestuurlijke taken. Vooral het werken met veel jonge ambitieuze mensen vind ik heel erg leuk. Opleiden op de OK ligt me zeker, en is mijn 'gezelligste' dag van de week. De patiënten blijven me altijd boeien en vooral het feit dat in de loop van de jaren de zelfbeschikking en eigen ideeën van patiënten steeds sterker worden, van 'Zegt u het maar dokter' tot hele epistels met vragen en out of the box eigen ideeën en buiten of voorbij de richtlijn denken, blijft me interesseren en intrigeren. Soms zijn de patiënten onmogelijk moeilijk, maar steeds vaker ook zijn hun wensen invoelbaar. Zeker nadat ik zelf twee keer borstkanker heb gehad. Elke keer weer een uitdaging om iedereen zo goed mogelijk te begeleiden in het hele proces.

Omdat de diensten bij ons erg rustig zijn, is er ook geen reden om daar mee te stoppen. Wetenschap en presentaties geven staat nu bij mij op een laag pitje, dat laat ik graag aan jongere ambitieuze collega's over. Het bestuurlijke werk vind ik een heel fijne afwisseling van de kliniek en brengt me in contact met vele mensen in het ziekenhuis. In mijn rol als stafvoorzitter probeer ik een verbindende rol te spelen, mee te denken over de strategie van het ziekenhuis en een rol te hebben in het vroegtijdig opsporen van potentiële conflicten binnen de staf. Dat ik een paar jaar terug een mediationopleiding heb gedaan helpt me in die rol. Recent ben ik ook vakgroepvoorzitter geworden. Ook dat is weer een nieuwe uitdaging en houdt me lekker bezig!

Ik woon op een woonboot aan de Amstel, sinds twee jaar alleen, daarvoor met gezin met man en drie kinderen. Mijn drie inmiddels volwassen zonen wonen ook in Amsterdam en we zien elkaar regelmatig. Ik zie veel vrienden en heb een druk sociaal leven en houd van wandelen, reizen, padel, bridge, golf, lezen en spelletjes doen. Fiets elke dag klein halfuurtje naar het AvL op een Mokumono elektrische fiets (een aanrader!). Heb ook nog een Airbnb aan huis. Kortom, geen saai leven!

Peter Veldman

Aantal jaar chirurg: 25

Was tot zijn 62ste actief als gastro-intestinaal en oncologisch chirurg in Tjongerschans Ziekenhuis.

Wil je doorwerken tot je 67ste?

Nee, Peter koos er na 25 jaar werken als chirurg, voor om eerder te stoppen. Het werk, en met name alle zaken eromheen, begonnen hem zwaar te vallen. Bovendien waren er familieomstandigheden die zijn aandacht vroegen. Financieel had hij het goed geregeld dus dat was geen belemmering. Hij is nu een jaar met pensioen en is zeer tevreden. "Het is prima om een tempo'tje lager te leven. En met de boerderij, de schapen, de bijen en mijn andere hobby's, kom ik nog tijd tekort."





Hermien Schreurs

Aantal jaren chirurg: 24

Huidige functie: Chirurg en medisch manager Noordwest Oncologisch Centrum

Wil je doorwerken tot je 67ste?

Ik ben in principe wel van plan om tot mijn 67ste door te werken, maar zeker niet met alleen klinische werkzaamheden. Dat is overigens nu al niet meer zo (ben ook medisch manager van ons oncologisch centrum). Mijn werkzaamheden verschuiven steeds meer naar wetenschap en organisatie en dat vind ik ook heel prima en ambieer ik ook. Ik vind het mooi om zoveel mogelijk van mijn kennis en kunde over te dragen aan jongere collega's maar vind het ook heel mooi als ze "langszij" komen en meer de leidende rol binnen de klinische werkzaamheden (en ook de organisatie) op zich nemen. Binnen de longchirurgie en chirurgische oncologie in mijn maatschap gaat dat ook zo en dat werkt bijzonder prettig.

Ik doe het klinische werk met heel veel passie en geniet ervan (al worden de diensten echt wel zwaarder als je ouder wordt), maar kan het ook prima meer aan de jongeren over laten. Voor nu heb ik nog een grote en actieve praktijk en is het nog wel fijn dat de jongere collega's me er nog graag bij hebben, vooral als het de meer complexe chirurgie betreft, maar als het goed is, is dat steeds minder vaak nodig de komende jaren en verschuift de balans naar meer wetenschap en organisatie.

Naast mijn werk als chirurg heb ik ook vele hobby's en verveel me echt geen moment, dus één of twee jaar eerder stoppen zou ook geen enkel probleem zijn, al zou ik dan wel de (wetenschappelijke) projecten waar ik mee bezig ben, graag op een goede manier afronden of overdragen.

Barbara Langenhoff

Aantal jaar chirurg: 16

Huidige functie: Vanaf april 2011 als chirurg werkzaam in ETZ

Wil je doorwerken tot je 67ste?

Hoewel het vak en bestaan als chirurg prachtig is en nog steeds inspirerend en vol uitdagingen, zal ik niet tot mijn 67e doorwerken. De reden: met name de belasting van diensten (en het niet adequaat compenseren nadien) maakt dat ik al langere tijd rekening houd met eerder stoppen. Het liefst zou ik dan een lunchzaak starten met mijn partner die (ook) een horecahart heeft. Want blijven werken houdt je fit, en met mensen omgaan is nog steeds heel leuk. Natuurlijk laat ik dan al mijn collega's een keer koffie of een borrel komen drinken, zodat ik op die manier mooi nog wel wat contact houd met hen, met wie ik nu met hart en ziel zorg voor onze patiënten.



Priority lane

Em. Professor Thomas van Gulik, Amsterdam UMC



Thomas van Gulik

In de vertrekhal van Schiphol zit ik te wachten op mijn vlucht naar Delhi. Er komt een man naast me zitten, design-zonnebril en dito schoenen. Hij blijkt uit New York te komen en al gauw praten we over wat ons naar Delhi voert. Ik vertel hem dat ik daar op een vlucht naar Kathmandu overstap en dat ik met een internationaal team van chirurgen onze collega's ga helpen in Nepal. 'Interesting, doc,' en vervolgens legt hij binnen twee minuten zijn hele anamnese in mijn koffiekopje. Hij gaat voor een grote operatie naar een top-ziekenhuis in Delhi, en zal daar geopereerd worden door een Indiase chirurg, opgeleid in Boston en na 20 jaar in MGH gewerkt te hebben, terug in zijn homeland waar hij nu dezelfde operaties doet. En terwijl het boarden is begonnen en hij richting priority lane wandelt, zegt hij met een knipoog: 'Kost me bovendien maar 10% van wat ze er in de VS voor rekenen...'

Priority lane of niet; op welke stoel je ook zit, je komt allemaal op dezelfde bestemming terecht, en op het kleine vliegveld van Kathmandu wordt iedereen door hetzelfde securitypoortje geperst. Daarachter houdt het gelijkheidsbeginsel direct op want voor wie in Nepal zorg behoeft, wordt de bestemming bepaald door wat je kunt besteden. Nepal behoort met 31 miljoen inwoners tot de armste landen van de wereld. In Kathmandu, waar 3 miljoen mensen wonen, wemelt het van de privéklinieken die alle behandelingen state-of-the-art aanbieden. Prachtige ziekenhuizen met moderne operatiekamers en scopieafdelingen voorzien van echo-endo en ERCP-apparatuur. Prettig voor de expats en de Nepalezen die priority lane in de zorg kunnen betalen. Maar de meesten zijn aangewezen op de publieke, overvolle zorginrichtingen waar een chronisch tekort aan alles is. Nog minder is er voor het overgrote deel van de Nepalezen dat in afgelegen gebieden zoals de Himalaya woont.

Voor gespecialiseerde zorg moet je in Nepal naar Kathmandu. Voor de meesten onbereikbaar omdat zij er geen geld voor hebben of letterlijk, te ver. Een afstand van 100 km betekent al gauw een dagreis gezien de overvolle routes en slechte conditie van de wegen. Bovendien moet voor een ziekenhuisopname in Nepal je familie meekomen om voor je eten en drinken te zorgen. Voor velen is dat niet haalbaar en behandeling blijft dan uit. Een onderzoek heeft laten zien dat van de patiënten die een operatieindicatie hadden, meer dan de helft die operatie niet hebben ondergaan. Wij bezochten met ons chirurgisch team een regionaal ziekenhuis in een stad 140 km ten westen van Kathmandu. Het kwam goed uit dat we er waren want er was een patiënt opgenomen met cholangitis door een ingeklemde steen in de d. choledochus. De behandelend chirurg had een recept uitgeschreven voor een paar ampullen antibiotica die een familielid bij een kraam aan de overkant van de straat moest kopen en de patiënt werd op het operatiebord geschreven voor een cholechochotomie. Leuke operatie maar volstrekt onnodig als je met ERCP de steen eruit kunt halen, maar Kathmandu was ook voor deze patiënt te ver en te duur.

Aan ambitie ontbrak het niet bij onze collega's in het ziekenhuis. Op de operatieafdeling liepen we langs een OK met een hoopvol bordje 'Liver transplantation OR' boven de deur. Ik vroeg verbaasd: 'Jullie willen hier toch geen levertransplantaties gaan doen; het lijkt mij dat jullie heel andere prioriteiten hebben?' Het antwoord was dat levertransplantatie hun ultieme doel is, want patiënten moeten nu over de grens naar India. Alsof zij die behandeling in Nepal wel zouden kunnen betalen; prioriteit is een keuze!

Na drie weken landen we weer op Schiphol. In lange rijen staan we te wachten voor de paspoortcontrole, maar de priority lane blijft leeg. Wat de zorg betreft hebben we het in Nederland zo slecht niet. ■

The Firm's priorities

Het is maandagochtend. Keurig gekleed betreed je de afdeling. De hoofdzuster begroet je vriendelijk, ze heeft al thee voor je gezet - met melk, want zo hoort het hier. De anios komt naar je toe gesneld met een lijstje van jouw patiënten en staat klaar om met je mee te lopen over de afdeling met de cow. Ze spreekt je aan met Mister/Miss. Je fellow is intussen naar de holding, om de patiënten die die dag geopereerd worden netjes voor informed consent te laten tekenen. Haasten hoef je niet, want je weet dat je toch niet voor half 10 op de OK aan de slag kunt. Alle tijd dus om jouw patiënten beleefd te woord te staan. Omgangsvormen van de vorige eeuw? Dagelijkse praktijk in het Verenigd Koninkrijk.

Door: Joline de Groof (huidig fellow colorectale chirurgie Royal Surrey NHS Foundation Trust);
Hilko Swank (voormalig fellow colorectale chirurgie Oxford University NHS Foundation Trust)



Tea time voor Joline de Groof

Het Verenigd Koninkrijk is een populaire bestemming voor jonge klaren om na de opleiding werkervaring op te doen. De National Health Service (NHS) is onderbemand en gretig om buitenlandse artsen en verpleegkundigen een baan aan te bieden. Chirurgen in het VK werken zeer gedifferentieerd. Vaat- en traumachirurgie zijn geheel andere vakken dan de GE-chirurgie (waar wij voor kwamen) en kunnen zelfs zijn uitbesteed aan een naburig ziekenhuis. Maar ook binnen de vakken wordt er volledig gedifferentieerd gewerkt in zogenaamde 'firms'. Er bestaat daarmee geen GE-chirurg; je werkt als upper GI, HPB of colorectaal chirurg. De firms zijn zelfstandige eenheden van consultants, fellows en aios en er is nauwelijks kruisbestuiving. Een collega van een andere firm knik je beleefd toe in de gang of je maakt er een praatje mee in de consultant coffee room, maar daarmee houdt de samenwerking wel op.

Een staflid binnen de firm heeft 24/7 de regie over de eigen patiënten en bemoeit zich niet met de sores van collega's. Hierdoor is een overdracht overbodig! De firm komt overdag niet samen om patiënten te bespreken, alle beslissingen verlopen via de hoofdbehandelaar, en dan het liefst via whatsapp. Ziekenhuistelefoons ontbreken, wat ook wel zo rustig is. Als staflid heb je daarmee wel altijd dienst voor je eigen patiënten: naadlekage in het weekend zul je toch zelf op moeten lossen.

Een relatief nieuw vakgebied is emergency surgery: hierbij worden alle spoed patiënten door een toegewijd team behandeld en kan de electieve zorg dus helemaal gescheiden zijn van de acute zorg, soms zijn dit zelfs separate ziekenhuizen. Dit brengt dan grote rust - en beduidend minder wondinfecties

- aan de electieve kant, waar de zorg geheel gepland is. De keerzijde van de medaille is chaos op de zalen van de emergency firm. En bovendien ziet men emergency surgeons hier als tweederangs chirurg: bestemd voor degenen die geen superspecialist zijn geworden.

The pleasure of meeting this delightful 80 years old lady

Voor de patiënt kan het heel plezierig zijn om zo'n duidelijke hoofdbehandelaar te hebben. Je wordt vrijwel altijd geopereerd door de chirurg die je op de poli hebt gezien, en ook de gehele nazorg wordt door dezelfde persoon gedaan. Een staflid loopt het liefst dagelijks op de afdeling langs na de operatie en indien nodig ook in het weekend, ook als niet-dienstdoende. Verder wordt er door de chirurgen veel prioriteit gegeven aan gesprekken op de poli. Voor- en nagesprekken mogen gerust tijd kosten en als je uitloopt heb je een fellow die voor jou de patiënten met perianale fissuren kan gaan zien.

Het contact met de patiënt is vaak opvallend informeel. Patiënten jong en oud worden met 'my love' en bij voornaam aangesproken op zaal. Na afloop van elk policonsult wordt er een uitgebreide brief geschreven, die vervolgens naar zowel de huisarts als de patiënt zelf wordt gestuurd. Zo'n brief begint



Hilko Swank tijdens het spreekuur in Oxford

altijd met een beschrijving van het consult, zoals: "Today I had the pleasure of meeting this delightful 80 year old lady, Helen Jones, with her husband Dave." Pas later kwamen we tot het inzicht dat de aanhef van de brief codetaal kan zijn voor je collega, zodat die kan inschatten wat voor vlees er in de kuip zat. Mocht het een stroef consult zijn geweest, dan lees je bijvoorbeeld: "Today I had a long and sincere conversation with Helen Jones and her husband."

Overnachten op de gang

De 70-jarige NHS verkeert al jaren in zwaar weer. De wachtlijsten zijn enorm. Een patiënt wacht gerust een half jaar op een policonsult en een jaar op een operatie. Tegen die tijd zijn de aambeien waarschijnlijk spontaan genezen. De gangen op de spoedeisende hulp liggen bomvol patiënten, die daar dan ook overnachten omdat er vaak geen bedden zijn. Overplaatsen naar een ander ziekenhuis is nooit een optie, omdat het te ver is en het daar bovendien ook vol ligt.

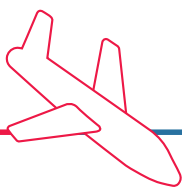
De NHS is een top-down organisatie met zoveel bestuurslagen, dat niemand soms meer weet wie ergens verantwoordelijk is. Veel zorgmedewerkers hebben het plezier in het werk daardoor verloren en niet het idee dat zij de omstandigheden op de vloer kunnen verbeteren. Hierdoor is er een grote leegloop van jonge artsen en verpleegkundigen. Stakingen van de junior doctors waren aan de orde van de dag.

De grote tekorten zorgen daarentegen wel weer voor een flexibele arbeidsmarkt, waarin het zelfs voor GE-chirurgen goed te doen is om een vaste plek te vinden. Ook is er een grote schil van fellows, die vaak van over de hele wereld komen. Ondanks alle problemen met de NHS blijft Engeland een grote trekpleister voor veel artsen: 30% is niet geboren in de UK. Hierdoor werk je in een heel internationaal team, wat zorgt voor een mooie kruisbestuiving en een veel grotere diversiteit dan in Nederland. Daarnaast is de trots van de Engelsen op hun NHS onverminderd groot, en men zal je op de poli dan ook hartelijk bedanken dat ze na een half jaar eindelijk met hun sinus pil bij je terecht kunnen.

Een absolute aanrader

We kijken met een warm gevoel naar ons werk in het VK. Door het grote patiënten aanbod is het absoluut een mooie leer-schou, zeker als eerste baan. De Britse humor zorgt voor dagelijks veel plezier op de werkvloer en het land zelf is ook prachtig om te ontdekken. Kortom een aanrader voor wie het avontuur wil opzoeken. Toch kijken we er naar uit in Nederland de witte jas weer aan te trekken, uitgebreid samen over te dragen, koffie te drinken, en je onderdeel te voelen van een hecht team, als superspecialist of algemeen chirurg.

PS. Mocht je een avontuur aan de andere kant van de plas overwegen schroom dan niet om contact met ons op te nemen voor een post Brexit road map naar werken in het VK. ■



Kapotgesneden

Een kleine onoplettendheid met de circulaire stapler leidde tot meerdere interventies over een periode van acht jaar en niet tot het eigenlijk gewenste resultaat. Chirurg Ian Faneyte beschrijft de casus waar hij nog steeds buikpijn van kan krijgen.

Door: Ian Faneyte, ZGT Almelo

In januari 2015 opereerde ik een morbide obese vrouw van 39 jaar met een laag rectumcarcinoom na chemoradiotherapie. Dat ging voorspoedig, weliswaar met deviërend stoma, maar dat was in mijn praktijk een vrijwel standaard profylaxe in die dagen. We hadden nog even ingezet op direct weer opheffen. De inlooffoto toonde een naad op 4 cm die goed doorgankelijk was en er was “geen extraluminatie van contrast” (ik heb het zojuist opnieuw bekeken en ben het er nog steeds mee eens). Mevrouw verkoos wat rust alvorens opnieuw een operatie. Na zes dagen was ze weer thuis. Alles was goed van herstel tot PA. Ooit nog eens kinderen krijgen stond hoger op haar agenda dan iets anders.

Uiteindelijk werd in juli de continuïteit van de darm probleemloos hersteld en twee dagen later schrijf ik: “Beeld van enterovaginale fistel met profuus ontlasting via vagina. Bimanueel touche toont geen verbinding op bereikbare hoogte; onderzoek door pijn gemankeerd.” Na shared-decision-making en informed-consent-gesprekken werd een eindstandig colostoma aangelegd via een laparotomie, waarbij de uitvoerende collega opschrijft: “Afstapelen colon net boven de fistel thv cervix, douglas holte verder ontoegankelijk.”

In oktober bleek het stoma gestenoseerd. Vaginaal en rectaal leken er geen actuele problemen. Een poging tot re-anastomosen met een pull-through werd besproken maar uiteindelijk koos patiënte ervoor het stoma als definitief te accepteren en het te laten reviseren toen herhaalde dilatatie niet voldoende opleverde. Nadat dit was gebeurd beschreef ik n.a.v een polibezoek in oktober 2016: Patiënte heeft wel invaliderende

gezondheidsklachten, waarvan een deel (mogelijk) is toe te schrijven aan de bovenstaande voorgeschiedenis: pijn in de lumbosacrale wervelkolom, pijn in het perineum met enige slijmoverlast, meer opgezette buik. Patiënte is door alle omstandigheden in de WW terecht gekomen.” Aanvullende beeldvorming en endoscopie toonden geen tekenen van metastasering en alleen een beperkte deviatie proctitis, geen herkenbare fistel. Ik besprak opnieuw continuïteitsherstel en anders ter overweging proctectomie. In januari 2017 zag ik haar op mijn bariatrische poli met de wens een gastric bypass te ondergaan. Dat lukte laparoscopisch in juni van dat jaar, zij het in een wat aangepaste vorm. Behalve een kortdurende heropname i.v.m. algemeen onwelbevinden verliep het herstel probleemloos, net als het gewichtsverlies. Helaas echter tweeënhalf jaar na de low anteriorresectie toch weer slijmproductie vaginaal, waarvoor proctoscopie. Ik schreef in het dossier: “N.a.v. de bevinding dat de fistel nog wijd open is (en dus in ieder geval niet spontaan zal genezen) besproken of de klachten een interventie vereisen: Ja. Of er nog een wens is uiteindelijk continuïteitsherstel van het rectum te verkrijgen: Nee (i.v.m. risico operatie op zich en i.v.m. risico van functioneel slecht resultaat).”

“Die dingen verbinden alles, ook wat niet aan elkaar moet”

Na nog wat bedenktijd voerde ik in januari 2018 een rest-proctectomie uit met het sluiten van de vagina-achterwand. Op een controle CT: Wekedelen met gasconfiguraties presacraal, verdacht voor infectie, abcedering. Gas vaginaal, hetgeen normaal kan zijn echter fistel niet uitgesloten. Antibiotica hielpen. Maar in maart was er vaginaal riekende afscheiding en pijn, waarvoor weer antibiotica. Toen er in juli lucht kwam via de vagina en via de anale wond zich ook riekende troep ontlastte, vroeg ik de gynaecoloog inwendig te beoordelen. Er werd een granulerend plekje gezien in de achterwand. Een MRI kon geen fistel aantonen en net als alle andere reguliere onderzoek ook geen teken van recidief. Met antibiotica werden de klachten

beter. Dit herhaalde zich nog een paar keer, waarschijnlijk als een low-grade presacrale infectie met fisteluitgang richting de vagina. Toen antibiotica niet meer hielpen, plaatsten ik een seton via vagina naar perineum. Die viel later uit waarna het rustig was.

In december 2019 zag ik mevrouw met klachten van een littekenbreuk. Zij heeft een poos getwijfeld over wat zij ermee wilde na aanhoren van de mogelijkheden. Uiteindelijk behandelde ik haar in februari 2021, als volgt in het dossier beschreven: "Primair sluiten littekenbreuk en laparoscopisch inbrengen Dual Mesh 24x18cm. Sonderen perineale sinus; geen fistel naar vagina aantoonbaar; Garacol en sluiten na uitruimen kleine holte. Beleid: - 48 uur 4x augmentin, nadien 10 dgn oraal. Aanmelden voor hyperbare Zuurstoftherapie in Hoogeveen op korte termijn."

Wat niet goed is gegaan, daar krijg ik nog steeds buikpijn van

Voordat de hyperbare zuurstoftherapie van start ging was er eerst nog een hinderlijk seroom in de oude breukzak subcutaan. In juni 2021 nog steeds, ondanks afgeronde therapie op CT aantoonbare infectieuze afwijkingen presacraal met klachten.

Ikzelf vond het onacceptabel maar patiënte wilde nog geen grote ingreep. Daarom pas in november 2022, toen het ook voor haar echt niet meer ging: "Resectie perineale chronische sinus; sluiten vagina achterwand. Lotus petal reconstructie. In het resectiepreparaat alleen ontsteking en geen maligniteit gelukkig." De statusvoering eindigt in april 2023, ruim acht jaar na mijn eerste operatie: "Eigenlijk best goed. Huid dicht. Ook wel tevreden. Klachten: pijn litteken bil, pijn bij zitten op mn fietszadel in midline, soms pijn in onderbuik met ook gevoel van koud worden. Gebruikt pijnstilling (gabapentine) en vaseline. Geen wens tot grote nieuwe interventies (verschuivingsplastiek?). Geen wens tot gebruik opiaten (afgeraden). Deels ook wrsch passagere problematiek (nog postoperatief)."

Conclusie

Wat goed gegaan is, is dat de gastric bypass heeft geleid tot een totaal gewichtsverlies van 38% met een rest BMI van ruim 26kg/m². En er is nooit een recidief geweest van de kanker. Wat niet goed is gegaan, daar krijg ik nog steeds buikpijn van. En ik vertel het verhaal stevast wanneer ik bij een vrouw een lage naad moet maken aan de aanwezige assistent. Let op de achterwand van de vagina en let op de vrijheid rond de darmwand voor je de stapler sluit; die dingen werken en verbinden alles, ook wat niet aan elkaar moet. De patiënte, nu 49 jaar, heeft overigens nooit kinderen kunnen krijgen. En zij is ook nooit meer volledig aan het werk gekomen. ■



Choller

Door: Kees Broertjes

In de haven van Aruba is het vaak een drukte van belang, zeker als er weer eens gigantische cruiseschepen zijn aangemeerd en de kade zich vult met een kleurrijke, slenterende menigte op slippers. Ze worden met open armen ontvangen door de uitbaters van de winkels aan de boulevard waar ze vaak worden getraakteerd op een lekker drankje terwijl ze een nieuw horloge of een armbandje aanschaffen, uiteraard zonder betaling van de BTW. Maar slechts twee straten verderop heerst er een volstrekt andere wereld. Achter de glimmende façade van de juwelierswinkels en de restaurants bladdert de verf van de huizen, groeien struiken woest in de tuinen en op de stoep staan auto's zonder wielen op bakstenen. Hier wagen de toeristen zich niet snel, want het vertrouwde cruiseschip is vanuit deze straten niet meer te zien. Bovendien lopen er verwilderde mannen rond, blootvoets en met een halfllege fles sterke drank in hun hand. Hier leven de 'chollers', oftewel, de landlopers.

Vandaag ligt op de intensive care een choller, opgenomen met een duodenumbloeding. De MDL-arts heeft al twee maal met spoed een scopie uitgevoerd en het aantal bloedtransfusies komt in de buurt van de dubbele cijfers. Zowel intensivist als MDL vinden dat bij een nieuwe bloeding de chirurg aan de beurt is. De vraag is natuurlijk niet of die bloeding er komt maar wanneer. Natuurlijk als ondergetekende dienst heeft. Ditmaal is de bloeding heftig en ik vraag de anesthesist om ruimte te maken op de eerstvolgende operatiekamer, een verzoek dat niet met een enorme uitbundigheid wordt ontvangen. Ik heb nog niet opgehangen of de intensivist belt dat de beste

man een hartstilstand heeft. Ik loop naar boven en er wordt driftig gereanimeerd. Ik draai mee in de carrousel en als we bijna vijftien blokken hebben doorlopen, wordt voorgesteld om nog één ritmecheck te doen en indien er geen output is, te stoppen. We kijken allemaal op de monitor en voelen in de hals. Het hart klopt langzaam en het is nu ook in de lies te voelen. Ik bel de anesthesist en zeg dat we naar beneden komen. Het enthousiasme is er aan de andere kant van de lijn niet groter op geworden.

Met een bloeddruk van 42/26 gaat de patiënt op tafel, maar als beide post-pylorische bloedende ulcera zijn gestelpt, komt de bloeddruk gelukkig weer omhoog, keert de rust terug en komen de verhalen los. De instrumenterende weet het zeker, deze man gaat lopend het ziekenhuis verlaten en dan gaat hij door waarmee hij geëindigd was.

“Maar alleen als ze hem op de afdeling niet wassen!”

Ik stop even met het sluiten van de tomie en kijk haar vragend aan.

“Nou, deze chollers zijn zo sterk omdat ze altijd vuil zijn. Dat geeft ze weerstand. Er was een keer een choller opgenomen die ze onder de douche hebben gezet en helemaal schoon hebben gewassen. De volgende dag was hij dood. Je moet opschrijven dat ze hem niet mogen wassen, doc!” ■



Hoe implementeer je de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 in je ziekenhuis?

De Green Deal Duurzame Zorg 3.0 (Figuur 1) is door 400 partijen ondertekend, waaronder ziekenhuizen en zelfstandig behandelcentra (ZBC's). De partijen streven ernaar in 2030, 55% CO₂-reductie te hebben bereikt en 55% minder primaire grondstoffen te gebruiken, met als uiteindelijk doel om in 2050 volledig klimaatneutraal en maximaal circulair te zijn. Om deze ambities te realiseren, realiseren ziekenhuisbesturen zich steeds meer dat zij de groene golf - die voornamelijk bottom-up is begonnen - nu ook top-down moeten faciliteren. Om inzicht te geven in hoe deze organisatie van duurzaamheid opgezet kan worden en om te illustreren hoe deze zich de afgelopen jaren heeft geprofessionaliseerd, hebben we de organisatiestructuur voor de bevordering van duurzaamheid bij twee UMC's (LUMC en MUMC+) en een ZBC in kaart gebracht.

Door: M.I. Warmerdam, arts-onderzoeker afdeling heelkunde, LUMC; T. Elzer, duurzaamheidscoördinator, LUMC; E. Hofs, duurzaamheidscoördinator, MUMC+; N. de Haas, plastisch chirurg en medeoprichter, ZBC Voor de hand; S. Kruijff, oncologisch chirurg, Chief Green Officer, UMCG; N.D. Bouvy, chirurg, MUMC+; J.S.D. Mieog, oncologisch chirurg, LUMC

Het blijkt dat de organisatie van duurzaamheid zowel binnen het LUMC als MUMC+ in grote lijnen op dezelfde wijze is neergezet (figuur 2). Eindverantwoordelijk is het RvB-lid met duurzaamheid in de portefeuille. In het LUMC is dit de CFO. Dit lid zet zich in voor het behalen van de Green Deal-doelen door het thema duurzaamheid ziekenhuisbreed op de bestuurlijke agenda's te zetten en aan te sturen op integratie in LUMC-beleid, onder andere door duurzaamheid onderdeel te maken van (financiële) rapportages. De RvB wordt ondersteund door de *Stuurgroep duurzaamheid*. In het LUMC bestaat deze uit de directeur facilitair bedrijf, directeur bouwzaken, directeur HRM en een ziekenhuisarts. Dit viertal kent het ziekenhuis, is vertrouwd met de processen om dingen voor elkaar te krijgen en brengt verschillende perspectieven in vanuit eigen aandachtsgebieden. Ook spelen zij een essentiële rol in het maken van tijd en ruimte voor medewerkers die willen bijdragen aan de verduurzaming.

In nauwe samenwerking met deze stuurgroep en de RvB werkt een fulltime duurzaamheidscoördinator. De voornaamste taak van deze coördinator is te fungeren als spin in het web door zowel horizontale als verticale verbinding in het ziekenhuis te bewerkstelligen; onmisbaar in organisaties van duizenden werknemers. Andere taken van de coördinator omvatten het

adviseren en informeren van de stuurgroep en de portefeuillehouder van de RvB, het opstellen van begrotingen, het aanvragen van subsidies, het monitoren en rapporteren van de voortgang en het professionaliseren van de duurzaamheidsstructuur in het ziekenhuis. Daarnaast ondersteunt diegene werknemers en leidinggevenden die verantwoordelijkheid willen nemen, maar nog niet precies weten hoe. Een toevoeging aan bovenstaand model is te zien in het UMCG, waar ze recentelijk een chirurg benoemd hebben tot Chief Green Officer. Deze chirurg staat zij-aan-zij met de duurzaamheidscoördinator en heeft het mandaat van de RvB deze te ondersteunen bij complexe dossiers, met name de dossiers die meer gewicht of medisch-specialistische kennis vereisen om een duurzame verandering te implementeren.

Voor inhoudelijk advies en de uitvoering van projecten werkt de duurzaamheidscoördinator samen met themaleiders. Elke themaleider is ziekenhuisbreed het aanspreekpunt en aanjager op één van de vijf thema's van de Green Deal. Zo coördineert de themaleider van thema 4 de toename van circulariteit, bijvoorbeeld door de implementatie van herbruikbaar OK-materiaal en -jassen. De exacte verantwoordelijkheden en het mandaat van deze themaleiders zijn in het LUMC nog onderwerp van

Figuur 1: Green Deal Duurzame Zorg 3.0 en de vijf thema's



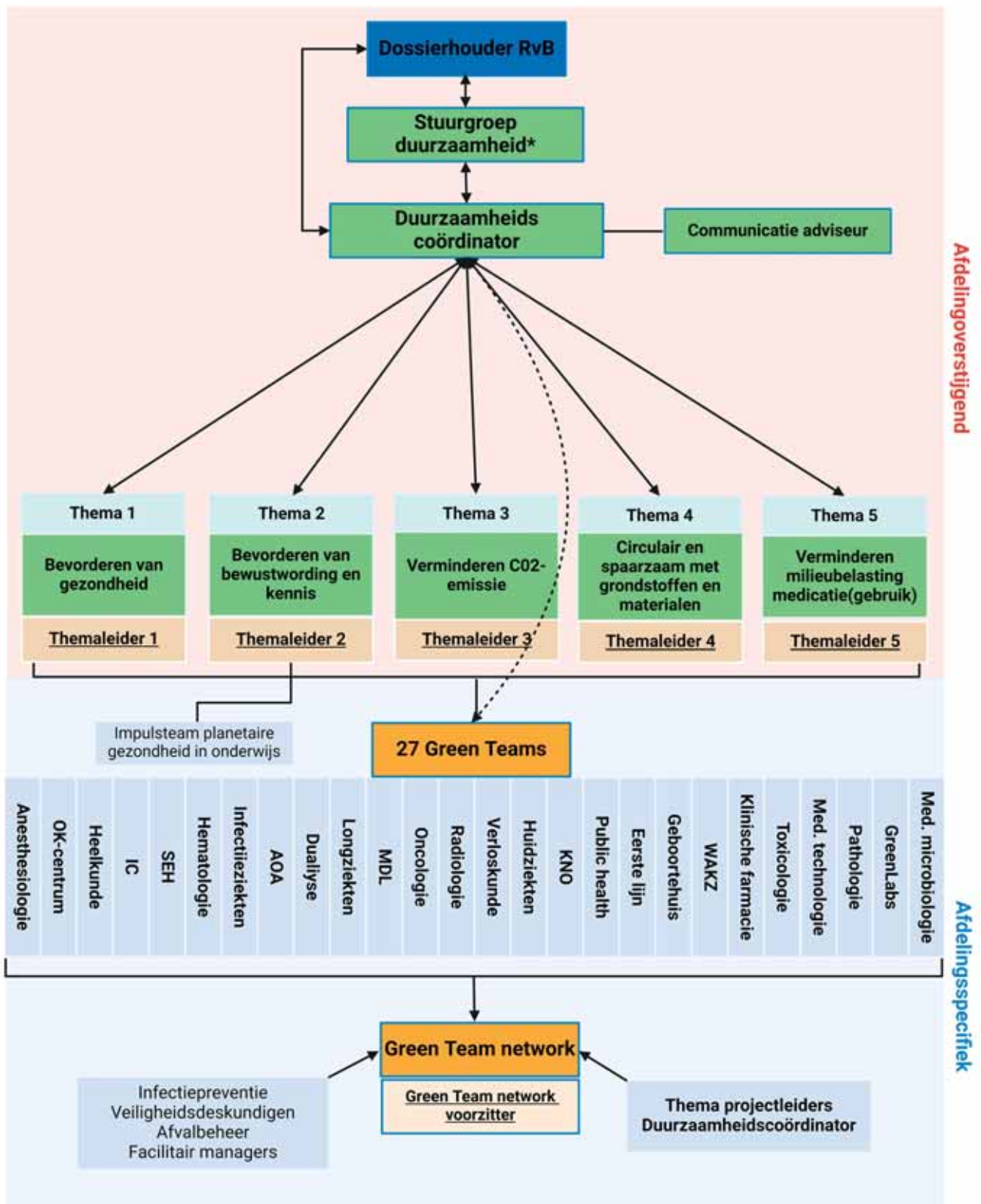
discussie. Voor de opvolging van de Green Deal-doelen werkt zowel het LUMC als het MUMC+ momenteel aan een Dashboard (Power BI); meten is immers weten.

Een belangrijk gedeelte van concrete implementatie op de klinische werkvloer (met name op het gebied van thema 3 en 4) ligt bij de Green Teams. Deze teams bestaan uit medewerkers die naast hun werk als arts, verpleegkundige, laborant of facilitair medewerker zich gezamenlijk inzetten voor verandering op de werkvloer. De 27 Green Teams in het LUMC vormen samen het Green Team-netwerk en komen regelmatig bijeen om informatie te delen. Ook medewerkers of afdelingen die geen lid zijn van een Green Team kunnen hieraan deelnemen. Sinds kort is er een routekaart opgesteld als leidraad voor het realiseren van een succesvol Green Team.¹ Voor thema's zoals mobiliteit en

bouw spelen Green Teams een minder grote rol; deze vallen met name onder de verantwoordelijkheid van de directoraten (respectievelijk HRM en Bouwzaken). De directie van Bouwzaken is bijvoorbeeld verantwoordelijk voor het uitvoeren van door de overheid erkende maatregelen. Het Green Deal-thema *kennis en bewustwording* wordt daarentegen gezamenlijk opgepakt, met bijdragen van communicatie, de duurzaamheidscoördinator, de RvB, lijnmanagement, het onderwijsbureau en de Green Teams. Het Impulsteam planetaire gezondheid in onderwijs zorgt voor implementatie in medische opleidingen en wordt voorgezeten door themaleider 2 van *bewustwording en kennis*.

Ook in de ZBC's leeft duurzaamheid steeds meer. Nicoline de Haas, hand-pols-chirurg en medeoprichter van 'Voor de hand' is sinds drie jaar actief bezig de voetafdruk van haar kliniek te

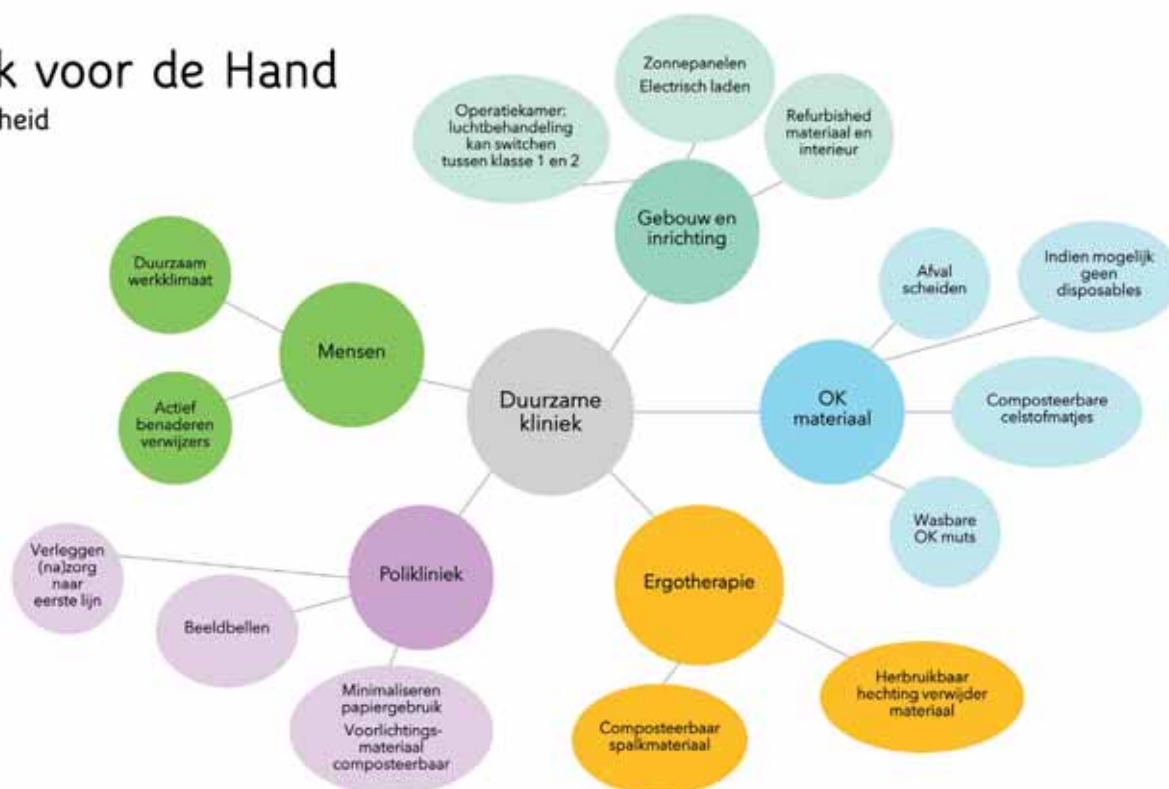
Figuur 2: duurzaamheid organisatiestructuur LUMC (en gelijkaardig in MUMC+)



*bestaande uit directeur facilitairbedrijf, directeur bouwzaken, directeur HRM en arts-specialist

Figuur 3: duurzaamheid organisatiestructuur Kliniek voor de Hand

Kliniek voor de Hand Duurzaamheid



minimaliseren. In de kliniek zijn vijf eigen duurzaamheidspijlers gecreëerd (Figuur 3): ¹⁾ *Gebouw en inrichting*: het gebruik van groene energie door middel van eigen zonnepanelen, een zuinig luchtbehandelingsbeleid op de operatiekamer en het gebruik van refurbished materialen voor het interieur, 2) *Ergotherapie*: de toepassing van composteerbaar spalkmateriaal in plaats van thermoplastics, 3) *OK-materiaal*: indien mogelijk geen disposables, het scheiden van afval, gebruik van composteerbare celstofmatten en de implementatie van herbruikbare operatiejassen en doeken, 4) *Verduurzaming polikliniek*, bijvoorbeeld door verlegging van zorg naar de 1e lijn, gebruik van composteerbaar voorlichtingsmateriaal dan wel QR-codes en in te zetten op beeldbellen, en 5) *Mensen*: het succes van elk beleid hangt af van de mensen die het uitvoeren. Daarom is een positief werkklimaat, waarin plezier en teamwork centraal staan, een van de vijf speerpunten. Met het team evalueren zij deze vijf pijlers frequent, hebben ze een meerjarenplan per pijler opgesteld en investeren ze de bespaarde kosten van bovenstaande maatregelen in nieuwe groene projecten. Door de jaren heen ontstaan steeds meer duurzame initiatieven van andere werknemers en loopt verduurzaming als een groene draad door de organisatie.

Concluderend kunnen we stellen dat op grote en professionele schaal stappen worden gemaakt in de verduurzaming van

de Nederlandse ziekenhuizen. De vergroening wordt nu ook steeds meer vanuit de top van het ziekenhuis georganiseerd, waarbij duurzaamheid vaak tot speerpunt van het beleid wordt gemaakt. De opkomst van een duurzaamheidscoördinator in de diverse centra vervult een essentiële rol als aanspreekpunt, verbinder en veranderaar. Bovendien faciliteert deze dat duurzaamheidsbeleid een integraal onderdeel wordt van het DNA van het ziekenhuis, zodat duurzaamheid als criterium wordt meegenomen bij elke beslissing. De toename en de professionalisering van de Green Teams blijkt vervolgens essentieel voor concrete uitvoering op de werkvloer. Ondanks dat we dus voorzichtig positief kunnen zijn over de richting waarin we ons als medische sector bewegen, is er nog veel werk aan de winkel. Hopelijk kunnen we met behulp van deze opkomende professionele structuur en blijvende inzet van de werknemers in de nabije toekomst niet alleen door middel van goede zorg een positieve impact hebben op de samenleving - maar ook door middel van een netto neutrale voetafdruk. ■

Bij vragen, advies of op zoek naar samenwerking, neem contact op via h.beumer@heelkunde.nl of bezoek www.degroeneok.nl.

Bronnen

(1): https://groenezorgalliantie.com/wp-content/uploads/2023/07/Routekaart_Green_Teams_2024-v1.0.pdf

“Elke operatie verdient zijn eigen preventieve maatregel ter voorkoming van complicaties”



Merel Spiekerman van Weezenburg promoveerde onlangs op het proefschrift *Optimising flap fixation techniques and improving postoperative outcomes for breast cancer patients*. Wat waren haar belangrijkste bevindingen?

Door: Victor Kammeijer

Het proefschrift van Merel richt zich op het voorkomen van seroomvorming en het verbeteren van postoperatieve uitkomsten na borstkankerchirurgie. In deel I wordt gekeken naar flapfixatie na een ablatio, wat de meest effectieve techniek blijkt te zijn om seroomvorming te verminderen. Verschillende studies onderzoeken manieren om deze techniek te optimaliseren, waaronder een vergelijking tussen staande en doorlopende hechtingen. Hieruit blijkt dat er een lichte voorkeur is voor het gebruik van doorlopende hechtingen. Er wordt een voorstel gedaan voor het verrichten van een studie voor het direct vergelijk tussen deze twee technieken. Het ultieme doel is om een voorstel te kunnen doen voor een protocol voor het verrichten van flapfixatie voor alle mammachirurgen.

Deel II behandelt preventieve maatregelen voor andere oncologische chirurgische ingrepen, zoals een okselklierdissectie en lumpectomie, waar nog geen gestandaardiseerde oplossingen voor bestaan. Voor patiënten die een okselklierdissectie moeten ondergaan blijkt het gebruik van drains nog steeds het meest effectief, waarbij de drains gehandhaafd dienen te worden tot ze <50cc/24u voor twee dagen op rij produceren. Daarnaast doen we onderzoek naar het gebruik van negatieve druktherapie na een lumpectomie voor het voorkomen van wondinfecties.

Uiteindelijk moeten al deze studies bijdragen aan het verbeteren van postoperatieve uitkomsten voor borstkankerpatiënten en daarmee het verbeteren van kwaliteit van leven.

Tot welke nieuwe inzichten heeft dat geleid?

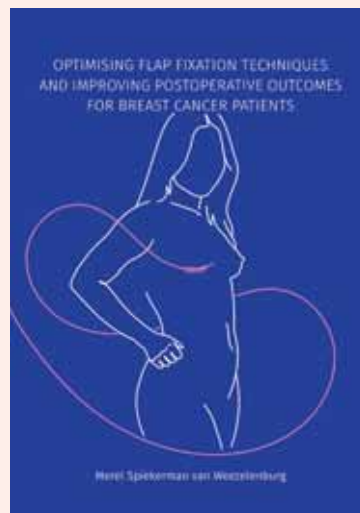
“Elke vorm van oncologische chirurgie zorgt voor een andere wond, een andere dode ruimte en een ander postoperatief beloop. Derhalve verdient elke operatie zijn eigen preventieve maatregel voor het voorkomen van complicaties. Voor ablatio's is het van belang dat we flapfixatie optimaliseren. Voor patiënten die een OKD ondergaan is het gebruik van drains nog steeds de beste oplossing. Als laatste onderzoeken we de effecten van negatieve druktherapie bij lumpectomie patiënten.”

Wat vond de commissie goed aan je onderzoek?

“Het voornaamste compliment wat ik kreeg was hoe praktisch toepasbaar de onderzoeken in mijn proefschrift waren. Kritiek heb ik niet duidelijk terug gehoord, maar ook die zal er vast zijn!”

Stellingen

1. Flapfixatie is bewezen effectief voor het verminderen van seroomvorming na een mastectomie. De toegepaste techniek speelt hierbij een essentiële rol. – Dit proefschrift
2. Het gebruik van een drain na een okselklierdissectie blijft de meest effectieve preventieve maatregel tegen het ontstaan van seroom, ondanks de vele extra maatregelen die zijn onderzocht. – Dit proefschrift
3. A good surgeon has the eye of an eagle, the heart of a lion and the hand of a lady.



Promotie Merel Spiekerman van Weezenburg

Datum: 06.09.2024 in Maastricht

Promotor: prof. dr. Geerard Beets

Co-promotor: dr. James van Bastelaar

Hoe verliep het onderzoekproces?

“Het onderzoek verliep heel vlot. Mijn onderzoeken zijn onderdeel van een langer lopende onderzoekslijn naar seroomvorming, met eerdere PhD's van James van Bastelaar en Lisa de Rooij. Onderdeel zijn van deze rijdende trein heeft ervoor gezorgd dat ik in iets meer dan twee jaar mijn PhD heb kunnen afronden! Dat heeft ervoor gezorgd dat ik snel terug de kliniek in kon, want ik denk dat dat uiteindelijk je grootste struikelblok is als arts in het fulltime onderzoek: de hele dag achter een computer zitten is wel écht anders dan in de kliniek werken!”

Welke volgende onderzoeksvraag zou kunnen volgen uit jouw bevindingen?

“We gaan door met onze onderzoeken naar seroomvorming. Zoals eerder aangehaald blijven we flapfixatie optimaliseren, en willen we uiteindelijk een protocol hiervoor schrijven. Daarnaast blijft ons onderzoek voor lumpectomiecomplicaties lopen met negatieve druktherapie.” ■



Maarten
Snoeijs



Magda van
Loon



Karen Prantl

Keuzekaart 'vaattoegang voor hemodialyse'

De NVVV heeft meegewerkt aan de ontwikkeling van een keuzekaart in beeld voor de begeleiding van dialysepatiënten. We vroegen een aantal van de betrokkenen, Maarten Snoeijs (vaatchirurg MUMC+), Magda van Loon (verpleegkundig specialist MUMC+) en Karen Prantl (Nierpatiënten Vereniging Nederland) naar wat hierbij kwam kijken.

Door: Victor Kammeijer

Wat behelst deze keuzekaart in beeld precies?

"Patiënten met eindstadium nierfalen die starten met hemodialyse hebben een vaattoegang nodig. Bij de revisie van de Nederlandse FMS-richtlijn in 2022 is meer nadruk komen te liggen op het maken van een behandelplan voor de vaattoegang dat is afgestemd op de individuele patiënt. Daarbij spelen naast medische overwegingen, zoals de kwaliteit van de bloedvaten en de verwachte duur van hemodialyse behandeling, ook de persoonlijke belangen van de patiënt een belangrijke rol. Zo kan een oudere patiënt die het aanleggen van een vaattoegang zo lang mogelijk wil uitstellen met zijn of haar vaatchirurg en nefroloog kiezen voor een arterioveneuze graft die onmiddellijk bruikbaar is, maar die op de lange termijn wat vaker een acute interventie voor trombose nodig heeft. Om het keuzeproces voor de juiste vaattoegang te ondersteunen is een keuzekaart in beeld gemaakt."

Waarom was het nodig die te maken?

"Uit een inventarisatie van de Nierpatiënten Vereniging Nederland (NVN) voor de knelpuntenanalyse van de richtlijn bleek dat patiënten meer informatie

wensten over de vaattoegang. Om op hun vragen een overzichtelijk antwoord te maken dat helpt bij het samen beslissen, wilden we een keuzekaart maken. Uit Nederlands onderzoek bleek dat 50% van de mensen met nierfalen beperkte gezondheidsvaardigheden heeft.¹ Deze mensen hebben moeite met het vinden, begrijpen en toepassen van informatie. Daarom hebben we er een 'keuzekaart in beeld' van gemaakt, met afbeeldingen en korte zinnen. Deze sluit ook mooi aan op de keuzekaart rond nierfunctievervangende behandeling die sinds 2021 wordt gebruikt."

Hoe zijn jullie te werk gegaan?

"Tijdens de voorbereidingsfase hebben we twee focusgroepen georganiseerd om de meest voorkomende vragen van patiënten rondom vaattoegang voor hemodialyse te inventariseren. Deze vragen zijn vervolgens geprioriteerd door een online panel van de NVN. De vragen met hoogste prioriteit vanuit patiëntenperspectief zijn vervolgens als basis voor de keuzekaart genomen. Op basis van de FMS-richtlijn is een overzicht gemaakt van antwoorden op deze vragen, inclusief kwantitatieve informatie over succes van behandeling, risico op complicaties en langetermijnprognose. Een medisch tekstschrijver en illustrator hebben deze informatie in woord en beeld omgezet. Het resultaat is aangepast op basis van feedback vanuit een testpanel met laaggeletterden. Daarna is de keuzekaart door de betrokken wetenschappelijke verenigingen bekrachtigd."

Welke rol speelt de gezamenlijke besluitvorming hierin?

"De keuzekaart in beeld is bedoeld om gezamenlijke besluitvorming te

ondersteunen. Er is een eenvoudige werkbeschrijving gemaakt hoe je deze kaart als zorgverlener daarvoor het beste inzet.² Belangrijk is bijvoorbeeld dat je start met het doel van het gesprek en de rol van de keuzekaart daarbij. Dat je vervolgens de overzichtskaart toont met de mogelijkheden, en ook direct vertelt wat er medisch gezien eventueel niet mogelijk is voor deze patiënt. En dat je zeker ook de wensen, behoeften en zorgen van de patiënt aan bod laat komen. De chirurg en de patiënt kunnen zo de individuele situatie toepassen op de informatie in de keuzekaart. Op deze manier kunnen voor- en nadelen van de verschillende mogelijkheden samen worden afgewogen om een optimaal behandelplan voor de vaattoegang te maken."

Hoe reageren de patiënten?

"Patiënten geven aan dat de keuzekaart in beeld - en dan met name de afbeeldingen - een waardevolle aanvulling is op de mondelinge informatie. Patiënten en hun naasten vinden het fijn om de informatie thuis rustig te lezen. Door betere informatie voelt de patiënt zich meer betrokken bij het maken van een keuze voor de vaattoegang voor hemodialyse." ■

Literatuur

1. Gurgel do Amaral MS, et al. Low Health Literacy is Associated with the Onset of CKD during the Life Course. *J Am Soc Nephrol* 2021;32:1436-1443.
2. https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2022-07/handleiding_keuzekaart_in_beeld.pdf

Scan de qr-code om de kaart te zien:



Acute buikpijn op de Spoedeisende Hulp blijkt veroorzaakt door een agressief angiomyxoom

In 1983 beschreven Steeper en Rosai¹ voor het eerst een agressief angiomyxoom (AA), een zeldzame wekedelentumor. Deze tumor komt voornamelijk periaanaal en vulvair voor bij vrouwen. Vanwege de lage incidentie en de gevarieerde klinische presentaties wordt de diagnose AA vaak pas laat gesteld. Dit artikel gaat over een casus van een 24-jarige vrouw die zich op de Spoedeisende Hulp presenteerde met acute buikpijn in het rechter onder kwadrant, waarbij initieel werd gedacht aan een appendicitis. In de literatuur is geen casus beschreven waarbij een AA zich presenteert met acute abdominale pijn.

Door: D. Abrar, MSc, arts-assistent; M. van Leeuwen, MSc, arts-assistent; dr. L. J. A. Strobbe, chirurg-oncoloog; dr. D. J. P. van Uden, chirurg-oncoloog. Alle in werkzaam in Canisius Wilhelmina Ziekenhuis

Casus

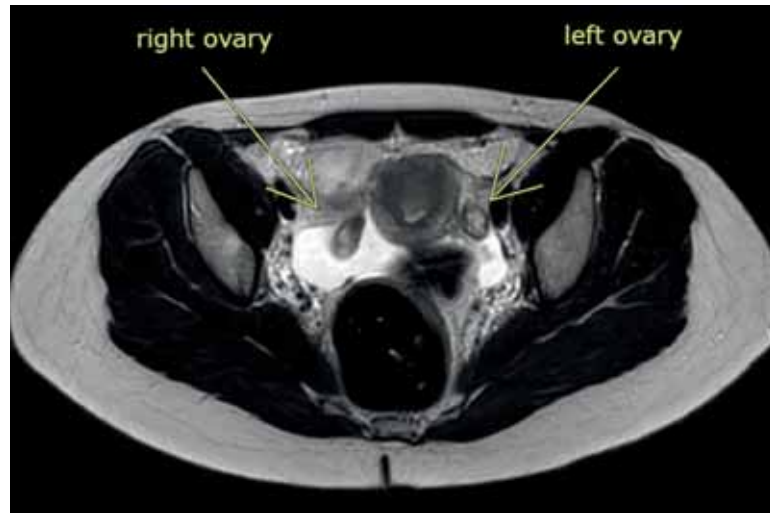
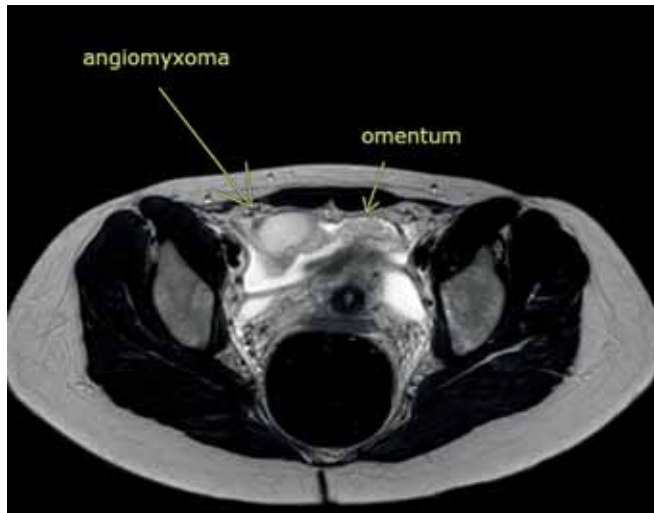
Een 24-jarige vrouw presenteerde zich op de Spoedeisende Hulp met sinds 16 uur acuut ontstane abdominale pijn. Haar voorgeschiedenis bestaat alleen uit obstipatie. De voornaamste klacht was continue abdominale pijn, ontstaan rondom de navel en later gemigreerd naar het rechter onder-kwadrant. De andere klachten waren algehele malaise, nausea en een subfebrile temperatuur. Bij palpatie van het abdomen was het punctum maximum ter plaatse van het punt van McBurney. Wegens deze klinische presentatie in combinatie met een mild verhoogd CRP (42 mg/l) werd er differentiaal diagnostisch gedacht aan een appendicitis.



Figuur 1. Peri-operatieve foto.

Een transabdominale echo en een MRI-scan werden verricht. Deze toonden een cysteus imponerende laesie ventrocraniaal van de rechter adnex met een dikke wand, een nauwe relatie tot het omentum en een maximale diameter van drie cm. De patiënte onderging een laparoscopie waarbij een excisie werd uitgevoerd van een paarse massa van ongeveer vier-vijf centimeter inclusief een rand van het omentum (figuur 1). Macroscopisch werd een beige, paars doorschijnend glad nodulair weefselstuk gezien. Microscopisch was bij de pathologie een myxoid stroma met verspreid gelegen, in dikte wisselende, bundeltjes collageen te zien die geen duidelijke rangschikking toonden. Tussendoor lagen gedilateerde en gestuwde capillairen. Verspreid werden er in grootte wisselende polymorfe cellen gezien met soms vrij grote atypische kernen. Tevens werd een gemengdcellig ontstekingsinfiltraat gezien. Kleuringen (CKAE 1/3 en CK8/18) een reactief mesothel. CD 45 kleurde het infiltraat en CD 34 kleurde de capillairen. Het histologisch onderzoek bevestigde een volledige resectie van een AA zonder invasieve groei op zowel microscopisch als macroscopisch niveau.

De ingreep en het herstel zijn ongecompliceerd verlopen en de patiënte werd na één nacht ter observatie ontslagen uit het ziekenhuis. Zes maanden later toonde de controle-MRI geen aanwijzingen voor een recidief. Er is voor MRI gekozen wegens de vruchtbare leeftijd van de patiënte.



Figuur 2. Transversale T1-gewogen MRI-afbeeldingen zonder intraveneus contrast. Te zien is dat het AA een nauwe relatie heeft met het omentum en geen relatie heeft met de normaal imponerende ovaria.

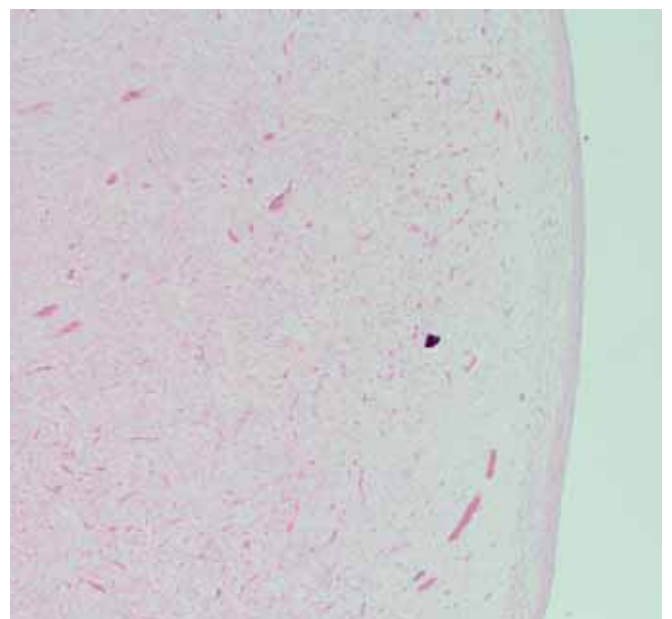
Discussie

AA is een zeldzame, lokaal agressieve groeiende mesenchymale neoplasie. Het komt het meest voor bij vrouwen in de vruchtbare levensfase. De patiënten presenteren zich meestal met een pijnloze perianale zwelling. Minder voorkomende klachten zijn mictieklachten, vaginale bloedingen en abdominale zwellingen.² De meest voorkomende lokalisatie van een AA is periaanaal, echter zijn er casus beschreven van andere locaties zoals subcutaan in de onderste extremiteit,² in de submentale huid, in de iliacale fossa³ en bij de larynx.⁴

Het is een uitdaging om de juiste diagnose te stellen afhankelijk van de kliniek en de lokalisatie. Een AA wordt middels echografie en op een CT-scan gezien als een cysteuze massa. MRI-scans met intraveneus contrast tonen een specifiek wervelend patroon, wat doet denken aan een gepelde ui. Het myxoom geeft op T2-gewogen afbeeldingen een hoge signaalintensiteit en op T1-gewogen afbeeldingen een lage of intermediaire signaalintensiteit. De te verkiezen beeldvormende diagnostiek is een MR-scan wegens de onderscheidende presentatie.⁵

Ondanks de onderscheidende presentatie op de beeldvormende diagnostiek kan de diagnose pas worden vastgesteld op basis van pathologisch onderzoek. Het overgrote deel van de AA laat zowel macroscopisch als microscopisch een variatie zien van duidelijke marginatie (het verplaatsen van leukocyten richting het endotheel in bloedvaten bij inflammatoire reacties) in bepaalde gebieden en infiltratie van aangrenzend weefsel in andere gebieden.⁶ Figuur 3 toont de pathologische bevindingen van deze casus met de karakteristieke marginatie.

Voor diagnostiek en behandeling van AA is er geen gouden standaard. In de praktijk is, bij symptomatische presentatie, chirurgische resectie aangewezen. In tegenstelling tot de tumor in onze casus, blijken AA vaak oestrogenreceptor positief te zijn.³ Derhalve werd er bij meerdere case reports behandeld met anti-oestrogen-therapie. Een retrospectieve studie met



Figuur 3. Het kleinste objectief toont een hypocellulaire tumor met prominente vascularisatie, myxoïde stroma en een scherpe afgrenzing (hematoxyline-eosinekleuring, 25x).

36 patiënten met hormonale therapie toont een algeheel positief effect van 62%. Dit bestond uit verkleining van de tumor of stabilisatie van de groei.⁷ De kans op recidief na een chirurgische resectie is groot, de helft van de casus in de literatuur krijgt een lokaal recidief binnen twee maanden tot veertien jaar na verwijdering.^{7,8} Vandaar de naam ‘agressief’ angiomyxoom, waarbij de term agressief duidt op risico op recidivering. In de meeste literatuur wordt er bij een recidief opnieuw een resectie uitgevoerd met als doel de teruggekeerde klachten te behandelen. Adjuvante antihormonale therapie lijkt geen effect te hebben op het recidief risico 7 evenmin als de status van de snijvlakken.⁸ Ten slotte hebben naar verwachting chemo- en radiotherapie geen effect op de tumor, gezien de langzame groei en celdeling.^{9, 10} Wegens het hoge recidief-risico wordt meestal een langetermijncontrole uitgevoerd na de resectie.

Conclusie

AA is een zeldzame, benigne en pijnloze tumor, meest voorkomend in de perianale regio. Opvallend van de casus in dit artikel is de klinische presentatie met abdominale pijn en subfebriële temperatuur, zonder tekenen van een zwelling in het abdomen of de perianale regio. Bij soortgelijke casuïstiek kan, afhankelijk van de bevindingen van het beeldvormend onderzoek, de diagnose AA overwogen worden. Na vaststellen van de diagnose is chirurgische resectie de voornaamste therapie. Het effect van adjuvante hormonale therapie op recidieven is twijfelachtig. Recidieven komen veel voor, echter wegens de uiteenlopende klinische presentaties ontbreekt een gouden standaard voor follow-up. Gezien de benigne aard van de tumor wordt radiologisch onderzoek naderhand voornamelijk uitgevoerd bij patiënten met recidief van symptomen. De keuze van het beeldvormend onderzoek wordt bepaald aan de hand van de patiëntkarakteristieken, locatie en grootte van de vorige tumor. Door de zeldzaamheid en grote variatie aan klinische presentaties is er geen gouden standaard voor zowel diagnostiek, therapie als follow-up voor AA.

Literatuur

1. Steeper, T.A. and J.Rosai, Aggressive angiomyxoma of the female pelvis and perineum. Report of nine cases of a distinctive type of gynecologic soft-tissue neoplasm. 1983, *Am J Surg Pathology*. p. 463-475.
2. Rhomberg, W. et al., Aggressive Angiomyxoma: Irradiation for Recurrent Disease. 2000, *Strahlentherapie und Onkologie*. p. 324-326
3. Zhang, J.P. and C.F. Zhu, Clinical experiences on aggressive angiomyxoma in China (report of 93 cases). 2010, *Int J Gynecol Cancer*. p. 303-307.
4. Sylvester, D.C., et al., Aggressive angiomyxoma of larynx: case report and literature review. 2010, *The journal of laryngology and otology*. p. 793-795.
5. Jeyadevan, N.N., et al., Imaging features of aggressive angiomyxoma. 2003, *Clin Radiol*. p. 157-62.
6. Fetsch, J.F., et al., Aggressive angiomyxoma: a clinicopathologic study of 29 female patients. *Cancer*. p. 79-90.
7. Fuca, G., et al., Treatment Outcomes and Sensitivity to Hormone Therapy of Aggressive Angiomyxoma: A Multicenter, International, Retrospective Study. 2019, *The Oncologist*. p. 536-541.
8. Chan, Y.M., et al., Aggressive angiomyxoma in females: is radical resection the only option. 2000, *Acta Obstet Gynecol Scand*. p. 216-220.
9. Nyam, D.C.N.K. and J.H. Pemberton, Large aggressive angiomyxoma of the perineum and pelvis: an alternative approach. Report of a case. . 1998, *Dis Colon Rectum*. p. 514-516.
10. Wang, Z., et al., Maxillary aggressive angiomyxoma showing ineffective to radiotherapy: a rare case report and review of literature. 2015, *Int J Clin Exp Pathos*. p. 1063-1067.

Willem van Erp

Op 14 juli jl. overleed Willem van Erp, chirurg in ruste, op eenentachtigjarige leeftijd. Willem heeft geschiedenis geschreven door aan de basis van de laparoscopische cholecystectomie in Nederland gestaan te hebben. Nadat de eerste berichten over de aanstaande revolutie ons land vanuit Duitsland (Mühe) en Frankrijk (Mouret) bereikt hadden, had Willem als een van de eersten de essentie van de boodschap begrepen en was naar Lyon getrokken om Mouret de toen nog als wonder dan wel experiment beschouwde operatie te zien voltrekken. Aldaar was Willem als niet-Frans-zijnde niet verder dan een in de koffiekamer van de OK-afdeling geplaatste monitor gekomen, maar dat was wel degelijk genoeg geweest om in zijn eigen ziekenhuis de eerste operatie met succes uit te voeren. Door hem geïnspireerd hadden wij toen ook de stoute schoenen aange trokken en waagden ons toch weer eens over de Moerdijk om van Willem het chirurgische goud naar boven de rivieren mee te mogen nemen. Nog velen van ons zullen zich de kwartaalvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde op een zaterdagochtend in een collegezaal van de Vrije Universiteit kunnen herinneren, waar Willem met trots een video toonde van een laparoscopische cholecystectomie. Hij verbaasde hiermee

heel chirurgisch Nederland, dat veelal nog in dieldelig grijs dan wel wat de jongeren betrof obliagaat blauw geblazerd ademloos toekeek.

Niet alleen vanwege de laparoscopische cholecystectomie is Willem onbetwist medegrondlegger van de minimaal invasieve chirurgie in Nederland geworden, als empathisch en begenadigd operateur is hij op het endoscopische toneel altijd een prominente acteur gebleven, enthousiast en innoverend, maar zeker ook altijd met een moment voor reflectie. Wij zullen Willem missen, maar nooit vergeten, iedere keer ook, als wij voor onze congressen weer richting Veldhoven trekken, want vandaar is het dr. Willem van Erp geweest, die de Nederlandse chirurgie met de minimaal invasieve chirurgie als onbetwist de grootste paradigmaverandering van de chirurgie van de laatste eeuw, een fantastische en monumentale boost gegeven heeft. Wij zijn Willem dankbaar daarvoor en wensen zijn echtgenote en kinderen alle sterkte bij de verwerking van dit grote verlies. ■

Johan Lange sr, Jaap Bonjer



De eerste laparoscopische cholecystectomie door Willem van Erp

Prof. dr. R.P. Bleichrodt (1952-2024)

Rob Bleichrodt studeerde geneeskunde aan het Academisch ziekenhuis van de Vrije Universiteit te Amsterdam. Na twee jaar (semi-)arts-assistentenschap kindergeneeskunde in het AZVU startte hij het eerste deel van zijn opleiding heelkunde in het Zeeweg ziekenhuis te IJmuiden (1978-1980) en daarna in het Academisch ziekenhuis Groningen (1980-1984). Van 1984 tot 1992 was hij staflid bij de afdeling kinder- en transplantatie chirurgie en promoveerde in 1987 op de diagnostiek van letsels van het laterale enkelband-apparaat. Al vroeg ontpopte hij zich als een bijzonder kundig chirurg, niet alleen aan de operatietafel, maar ook in de begeleiding van zijn patiënten voor en na een ingreep. Hij volgde hierbij als één van de eerste in Nederland de evidence based practice principes maar schuwde ook niet bewijs voor zijn handelen te verklaren vanuit zijn uitstekende kennis van de chirurgische pathofysiologie.

Hij zag al heel vroeg het belang van perioperatieve voeding op het post-operatieve herstel en bracht dit (inter)nationaal onder de aandacht via congressen en publicaties. Zijn wetenschappelijke belangstelling was breed: van de diagnostiek van schouderluxatie tot de pathofysiologie van peritonitis en de behandeling van grote littekenbreuken. Hierbij bleek hij een originele denker vanuit een grote kennis van de literatuur. Al in zijn Groningse tijd was hij een inspirator voor jonge chirurgen (i.o) om onderzoek te doen waarbij hij ze begeleidde met veel geduld en ook vastberadenheid totdat het resultaat optimaal was. Een bekende uitspraak van hem bij het reviseren van artikelen was: 'Schrijven is schrappen'. Uiteindelijk zou hij in zijn loopbaan meer dan 20 promovendi begeleiden bij hun proefschrift en meer dan 150 artikelen en boekbijdragen publiceren.

In 1992 vestigde Rob zich als gastro-intestinaal chirurg in het Twenteborg Ziekenhuis Almelo met als nevenopdracht de herstart van de heelkunde-opleiding. Dat lukte en hij was van 1994 tot 1996 opleider heelkunde en tropeneeskunde. Opleiden was hem op het lijf geschreven en zou als een rode draad door zijn verdere carrière lopen. Hij werd in 1997 voorzitter van de commissie van advies specialistencursus heelkunde (tot 2011), startte de nationale basis cursus gastro-intestinale chirurgie (BGIC) en organiseerde (inter)nationale workshops en live demonstraties voor de behandeling van intestinaal falen en herstel van littekenbreuken met de componenten separatie techniek. Voor zijn bijdragen aan het heelkunde-onderwijs ontving hij in 2012 de zilveren legpenning van de NVvH.

Na vier jaar als chirurg-oncoloog bij de afdeling heelkunde van het AZVU (1996-2000) werd Rob Bleichrodt in 2000 benoemd tot hoogleraar gastro-intestinale chirurgie en hoofd van de afdeling heelkunde en in 2006 tot hoogleraar heelkunde van het Radboud Universitair Medisch Centrum Nijmegen. Met grote gedrevenheid bracht hij in korte tijd de Nijmeegse opleiding tot bloei. Hij was een rolmodel voor assistenten en betrokken bij hun wel en wee ook buiten het werk. Hij legde zich toe op de behandeling van peritoneale metastasen, startte een HIPEC-team en verwierf hiervoor diverse onderzoek-subsidies. Als afdelingshoofd gaf Rob ruimte voor verdere subspecialisatie maar benadrukte de kracht van de samenhang in 1 afdeling. Hierbij legde hij de lat hoog, wat niet altijd makkelijk was voor de ander en voor hemzelf in een veranderend academisch ziekenhuis.

In 2012 maakten Rob en zijn echtgenote Wieke een droom waar: zij vertrokken naar Afrika waar hij tot zijn pensioen in



Rob Bleichrodt

2018 werkte onder primitieve omstandigheden in het St. Francis Hospital in Katete, Oost-Zambia, een arm gebied met vooral infectieziekten, traumatologie en (brand) wonden. In zes jaar werden veel projecten opgezet, vaak met 'crowd funding' o.a. een goed geoutilleerd brandwondencentrum (veel kinderen). Ook hier was hij opleider voor jonge Zambiaanse artsen en verpleegkundigen, en menig (Nederlandse) student, assistent en jong chirurg tijdens hun tropenstage.

Kort na terugkeer in ons land openbaarde zich de ziekte, die hem na zes jaar behandeling met veel complicaties fataal werd. Met grote levenslust en relativingsvermogen hebben Rob en Wieke in deze jaren inhoud aan hun leven kunnen geven en genoten van hun kinderen en kleinkinderen. Rob Bleichrodt was origineel, een idealist, een inspirator voor velen. ■

Erik Hesselink, Harry van Goor, Otmar Buyne en Camiel Rosman



De chirurgie is zonder twijfel het mooiste vak dat er is – dat hoeven we u natuurlijk niet uit te leggen. Een combinatie van een rijke geschiedenis, teamgevoel, innovatie, spanning, soms wat hectiek, en vooral: *schwung*. En juist aan dit laatste was destijds meer behoefte binnen onze groep. Wat brengt er nu meer *schwung* dan een goed mysterie op zijn tijd? In een koude februari-nacht kwamen drie chirurgische enthousiastelingen tot een briljant idee. Één fellow (inmiddels staflid), één AIOS (nu fellow) en één ANIOS (nu AIOS) vormden het trio achter een geheim dat de gemoederen al gauw flink verhit zou laten raken...

Weetje van de week - # 82

Op 17 februari 2023, om 14.53 uur begon een prachtig avontuur. Toen nog uitsluitend bedoeld voor assistenten en fellows in het Maastrichtse. Michael DeBakey (ja die van het pincet) had de primeur – ons allereerste ‘Weetje van de week’ was een feit. Een galsteenileus en de arteria lusoria verder, kreeg de staf lucht van dit fenomeen: ook zij wilden deze mailtjes ontvangen! Zo gezegd, zo gedaan, de hele vakgroep mocht meegenieten. Na een klein half jaar vol enthousiaste reacties, werd ons publiek nog groter. De VAGH vond immers dat het heel chirurgisch Nederland moest kunnen meelesen. Hoe bestond het dat dit (inmiddels al zo lang bewaarde) geheim zo goed werd ontvangen?! Op 25 juli werd ons eerste weetje op LinkedIn geplaatst. We schreven over dr. Robert Liston “The fastest knife in the West End”. De man van de casus met een mortaliteit van 300%. De patiënt die een bovenbeens-amputatie onderging en de assistent van wie Liston in zijn snelheid ook vingers amputeerde, overleden beiden aan



Van links naar rechts: Melissa Kool, Anke Gielen en Kevin Wevers

gangreen. Een toeschouwer in het theatre schrok zich volgens de overlevering letterlijk dood door het tafereel en werd zo het derde slachtoffer.

Inmiddels zijn we maar liefst 82 weetjes verder. Van het korset van keizerin Sissi, de arterie van Adamkiewicz en de kwijtgeraakte hersenen van John F. Kennedy naar de klemmen van Kelly, de haakjes van Langenbeck en het pincet van Adson. Ook Whipple (van zowel Allen als George), Billroth en Frey hebben de revue al gepasseerd. Slechts twee keer gingen we ‘nat’. Eenmaal blijkbaar te veel veneuze coryfeeën in één stukje gepropt (waarvoor excuus), en één keer toch iets niet helemaal goed begrepen over een scapholunaire dislocatie (tja, dat krijg je als drie buikfanaten deze stukjes gaan schrijven).

Naast creativiteit en originaliteit bleken enig acteertalent en een goede pokerface ook vereist om dit geheel in stand te houden. In november kwam al het eerste verzoek voor een onthullingsinterview, maar het was nog te mooi, te fijn, te grappig. Nu, uiteindelijk anderhalf jaar na de start (wie had dat ooit gedacht?!), zijn we dan zo ver. Klaar om ons heerlijke geheim met u te delen, “the coming out” is eindelijk daar. Vanuit verschillende hoeken hebben we inmiddels de vraag gekregen of er een boek komt met alle weetjes. En ja, we kunnen verklappen dat daaraan wordt gewerkt! Het zou geweldig zijn om ze allemaal te kunnen bundelen, maar we kunnen natuurlijk nog niets beloven. ■

Veel dank voor al uw enthousiasme!

Groet,
De (niet meer zo) geheime redactie van “Onder het mes”
Anke Gielen, Kevin Wevers en Melissa Kool

Lang zal ze leven!

Door: **Claar van Leeuwen**



Claar van Leeuwen

Vorige week stuurde ik een felicitatiekaart naar een jarige vriendin. Ik begon met de clichématige doch goedbedoelde tekst: “Lang zal ze leven, hoera!” Terwijl ik de tekst nog eens nalas op spelfouten, bleef ik hangen bij deze eerste regel. Lang zal ze leven, een oud volkslied, wat we met zijn allen al eeuwenlang zingen van peuterspeelzaal tot bejaardenhuis. Op zich niks mis mee, al schuurt het wel met de huidige situatie in ziekenhuis en maatschappij. De gemiddelde levensverwachting van zowel man als vrouw is de afgelopen jaren enorm gestegen. We kunnen in de zorgsector daadwerkelijk heel veel en steeds meer, gelukkig. Veel trucjes, veel medicijnen, veel diagnostiek. Veel geld, veel mensen, veel moe.

Doordat we zoveel kunnen en ook doen, is het voor patiënten niet meer dan logisch dat we ook daadwerkelijk al die mogelijke zorg leveren. En omdat we een eed hebben afgelegd zijn we aan eenieder ook verplicht om goede zorg te leveren. Echter, er is een grijs gebied waarin dat wat wij kunnen, wel heel goed moet worden afgewogen tegenover het voordeel voor de patiënt. Starten wij een behandeling om iemand nog langer te laten leven, wordt de patiënt hier ook daadwerkelijk mee geholpen? Helpen we de maatschappij in het kader van ‘zinnige zorg’ hiermee? Deze laatste vraag is een pijnlijke maar relevante.

Iedereen heeft recht op zorg en behandeling, maar we doen met zijn allen wel heel veel. Het is heel lastig om de grens te bepalen tussen zinnig en onzinnige zorg, maar laat het streven in de polikamer niet meer zijn om iemand zo lang mogelijk te laten leven.

Laat kwaliteit van leven altijd voorop staan, boven curatie. Daarin mogen wij als artsen best een wat sturende rol hebben, met het oog op behoud van de zorg. Een rectumamputatie vanwege carcinoom bij een 88-jarige met COPD of een fempop bypass bij een nog rokende 80-plusser. Het is technisch haalbaar en we doen het allemaal echt nog. Het moeilijkste besluit is om niet te opereren, maar we leven inmiddels gelukkig in een tijdperk waarin palliatieve behandelingen ook menswaardig zijn, soms zelfs menswaardiger. De beste zinnige zorg voor elke patiënt.

Als mens, en toekomstig patiënt, kunnen we zelf een heleboel voorkomen. Prioriteit bij preventie. Roken en overgewicht bovenaan; twee zo belangrijke factoren die zo veel zorg kunnen voorkomen. Om uiteindelijk minder trucjes, minder medicijnen, en minder diagnostiek nodig te hebben. Minder geld, minder moe.

Dat ik in dit kader een volkslied als ‘Lang zal ze leven’ een verkeerde indruk vind afgeven, moge duidelijk zijn. Laat de jarige job het woord ‘lang’ vervangen door iets waar hij op dat moment in het leven voor wil gaan. Blij, sportief, gelukkig, gezond, happy, pijnvrij, stabiel, you name it. Een volkslied hoort te blijven bestaan, maar wellicht dus met een kleine aanpassing. Zodat datgene waar we naar streven niet meer automatisch een zo lang mogelijk leven is. Want dat is lang niet altijd voor mens en maatschappij het beste. ‘U vraagt, wij draaien’ is in de zorg niet meer haalbaar. Maar blij zullen ze leven! ■

When pleasure meets performance and changing priorities

Op een druilerige avond in januari geeft Utrecht met liefde en weemoed het stokje over aan Regio III voor de organisatie van de Chirurgencup 2024. Hoewel we het ons allemaal op dat moment nog niet kunnen voorstellen, hopen we op een zonnige editie op het strand, iets dat regio Leiden uniek maakt.

Door: S. Dijkink, A.M. Coester, K.C.M.J. Peeters, K.H. Simons



Vanaf moment één is duidelijk dat een organisatie van deze omvang niets anders is dan prioriteiten stellen, prioriteiten bijstellen, en doorgaan naar de nieuwe prioriteit. Onder de bezielende leiding van Karin Simons en Koen Peeters worden begrotingen gemaakt, sportvelden en verenigingen bezocht, deals gesloten met strandtenten, uitgebreide draaiboeken samengesteld en taken verdeeld onder de leden van het organiserend comité.

29 juni brak de dag aan waarvan je wist dat hij zou komen: de Chirurgencup 2024. Een uitgelezen moment voor teambuilding en saamhorigheid, binnen de regio's, maar zeker ook tussen de regio's onderling. De burgemeester van Den Haag gaf (onterecht) prioriteit aan de Veteranendag, dus mochten we zelf de Cup openen. Met een gedegen voorbereiding op zak en een strak draaiboek voor deze dag, kon het eigenlijk niet mis gaan. De organisatie stond om half 7 bij het krieken van de dag in het gelid bij overste Simons. De zon maakte zich warm voor zomerse temperaturen en onder het genot van een Haags bakkie pleur werden de laatste puntjes op de i gezet. Let's go! De eerste actievelingen arriveerden vroeg, blijde mensen vol met gezonde wedstrijdspanning, maar vooral met ontzettend veel zin in deze dag.

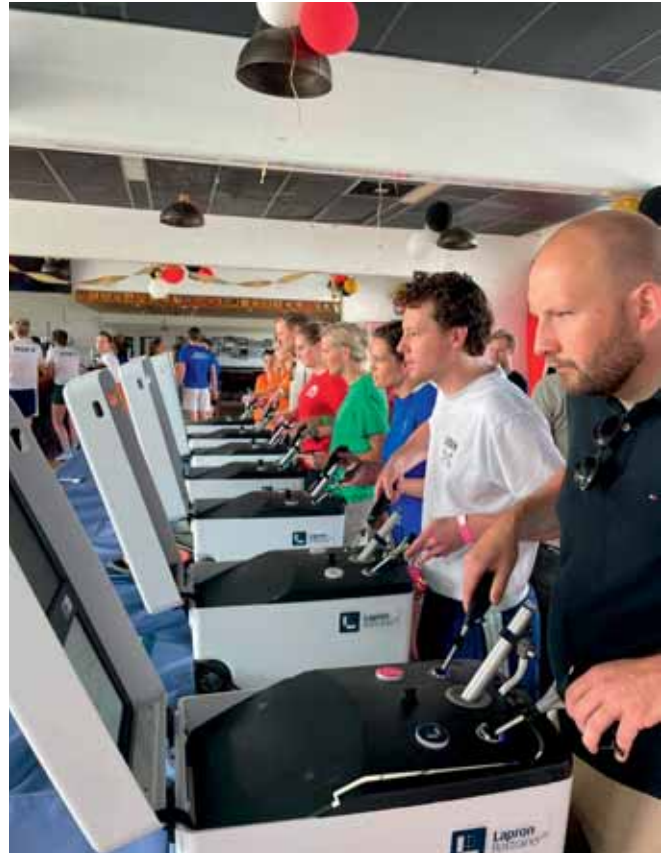
In de ochtend werden de bekende oersporten, voetbal en hockey, met passie bedreven, en had tennis plaats gemaakt voor het alom oprukkende padel. Als smaakmaker werd cricket geïntroduceerd: een novum! De prioriteiten van de teams waren duidelijk, winnen, winnen en nog eens winnen. Er werd gespeeld vol passie, vol fanatisme, maar gelukkig (bijna) altijd fair.



's Middags door naar de locatie waar we eigenlijk allemaal de gehele dag naar uitkeken: het strand van Millers beach: een pracht locatie aan zee. De strandstoeltjes stonden klaar, sport velden waren uitgezet en dat alles in de volle zon. We hadden het niet beter kunnen treffen. Het zand stooft op rondom de fanatieke beach volleyballers, de frisbees scheerden over het veld, en vliegers werden vol creativiteit samengesteld en aan het luchtruim toevertrouwd. Maar hoe mooi dit ook was, het was voor de organisatie ook een middag vol anticiperen op veranderende omstandigheden met het handhaven van prioriteit nummer één: veiligheid. Zo bleek de altijd verrassende en bij vlagen onstuimige Noordzee de organisatie te dwingen tot het inkorten van het zwemonderdeel. Tegelijkertijd werd chirurgisch Nederland gedruild door drie stoere commando's. Kamp van Koningsbrugge was niks in vergelijking met de fysieke inspanningen die hier geleverd werden, maar al snel werd duidelijk dat de EHBO het toch wel erg druk kreeg met enkele onwelwordingen. De military obstacle run werd ingekort. Iedereen genoot, het weer was prachtig, de sfeer goed, de wedstrijden mooi en we naderde de finale van het touwtrekken... En toen veranderde alles.



Aan het eind van de middag toen bijna alle spelonderdelen waren afgerond bereikte ons het verontrustende nieuws van een drenkeling. In de middag hadden de ervaren zwemmers bij het triatlon-zwemonderdeel al aangegeven dat de stroming sterk was, en voor een gemiddelde strandbezoeker kan de zee dan zelfs gevaarlijk zijn. Onder leiding van de kustwacht toonde chirurgisch Nederland zich van zijn beste kant: chirurgen schoten direct te hulp, probeerden in het zeewater het noodlot af te wenden op zoek naar het slachtoffer. In overleg met de vertegenwoordigers van alle regio's werd unaniem besloten dat het zoeken naar het slachtoffer meer prioriteit had dan het afronden van onze sportdag. Het mocht helaas niet baten en de reddingsactie moest worden omgezet naar een bergingsactie. Pas vijf dagen later is het lichaam van de drenkeling op het strand van Scheveningen aangetroffen. In afgezwakte vorm hebben we onze dag afgerond, een onvermijdelijk besluit waar we als organisatie en alle regio vertegenwoordigers van het land achter stonden en staan.



Het vooraf dichtgetimmerde draaiboek bleek dus uiteindelijk niet waterdicht. Desalniettemin hebben we als chirurgisch Nederland laten zien dat we er als één team staan als er nood aan de man is. Ondanks dat iedereen een vrije sportdag had, blijft onze prioriteit duidelijk: levens redden.

Regio III is trots op deze bijzondere 2024 editie. Volgend jaar in Amsterdam: be prepared! ■

En de winnaars zijn...

In het afgelopen NTVH trakteerden we u op twee heuse NTVH-puzzels om de zomervakantie mee door te komen: een kruiswoordpuzzel en een rebus. Tot onze grote verrassing is er door de leden massaal ingezonden, maar omdat niet heel duidelijk is gecommuniceerd dat je om de unieke T-shirts te winnen, beide puzzels moest oplossen, heeft de jury vier winnaars blind getrokken. De redactie feliciteert Sjannieke Jeurïëns en Paul Bosch voor het goed oplossen van beide puzzels, en Cigdem Baharvand en Robert Smeenk voor hun juiste inzending van de kruiswoordpuzzel.

De oplossingen:

NTvH-kruiswoordpuzzel: Prestatiedrang

NTvH-rebus: Chirurgie is geen kinderspel, maar dope is het wel



Winnaar Sjannieke Jeurïëns,
oncologisch chirurg, Bernhoven

Wat heeft wat jou betreft topprioriteit binnen de heekunde in Nederland?

Gelijkwaardige (chirurgische) zorg beschikbaar houden voor iedereen in Nederland. Verschillen zijn er al tussen verschillende bevolkingsgroepen. Met de dreiging van een zorginfarct en de steeds verder uiteenlopende financiële kloof, maak ik me wel zorgen dat deze verschillen gaan toenemen.

Welk puzzelstukje in je werk als chirurg is lastig te leggen?

Dat is voor mij de balans tussen werk en privé. Ik vind chirurgie echt een prachtvak en ik werk ook graag, maar ik vind het uiteraard ook heel fijn om tijd te besteden aan ons gezin en vrienden. Met de diensten en in de avond ook vergaderingen en regionale bijeenkomsten is dit wel eens een puzzel.

Hoe laad je je op als de pijp dreigt leeg te raken?

Ik vind het heerlijk om een flink stuk te wandelen met de hond. Lekker de natuur in en afhankelijk van het weer, oudhollands uitwaaien. Dit kan alleen of samen met mijn familie of een goede vriendin. Gelukkig zijn er rondom Nijmegen genoeg mooie bossen om in te dwalen. Een van mijn favoriete wandelingen is de N-70 route. En het lezen van een literaire thriller, waarvan ik vooral fan ben van de Scandinavische schrijvers, verzet de gedachten ook goed.

Winnaar Paul Bosch,
AIOS vaatchirurgie, Martini Ziekenhuis

Wat heeft wat jou betreft topprioriteit binnen de heekunde in Nederland?

De focus op centralisatie wat meer richt op kwaliteitsstandaarden in plaats van aantallen/politieke meningen.

Je bent winnaar door het juist oplossen van twee puzzels. Welk puzzelstukje in je werk als AIOS is lastig te leggen?

Het gebrek aan transparantie wat betreft het individuele AIOS-opleidingsbudget, en de lokale/regionale verschillen in de mogelijkheid om loupebril/cursussen etc. te declareren.

Het door jou gewonnen shirt is uiteraard geïnspireerd op Magrittes wereldberoemde ceci n'est pas une pipe: hoe laadt je je op als de pijp dreigt leeg te raken?

Even 30-45 minuten banen trekken in het zwembad, daarna een serie of film kijken op de bank met de beentjes omhoog.





Winnaar Cigdem Baharvand – Öztürk,
proctoloog-chirurg, Proctos Klinieken

Wat heeft volgens jou topprioriteit binnen de heekunde?

Allereerst, de T-shirt-prijs is absoluut op zijn plaats bij een proctoloog-chirurg! Kijkend naar de stijging in zorgvraag en -kosten de komende jaren, in combinatie met personeels-schaarste, liggen er uitdagingen en kansen op het gebied van de inzet van slimme technologieën en optimale ketensamenwerking. De uitdaging is hoe we omgaan met middelen en mogelijkheden in tijden van schaarste, waarbij de expertise van verschillende partijen wordt benut.

Welk puzzelstukje in je werk als chirurg is lastig te leggen? :

Als chirurg zie ik onder andere patiënten met chronische pijnklachten. Het begrijpen van de hulpvraag van de mens aan de andere kant van de tafel kan soms een puzzel zijn en maakt mijn werk ook interessant.

Hoe laad je je op als de pijp dreigt leeg te raken?

Ik heb het voorrecht om in een situatie te zitten waarbij er een goede balans is tussen werk en privé. Professioneel kan ik me op meerdere vlakken ontplooiën. Privé is het druk met een jong gezin en is het fijn om goed aan te kunnen haken in het leven van de kinderen. Ik denk dat het vooral belangrijk is te voorkomen uitgeblust te voelen, door bijvoorbeeld simpele dingen als soms de telefoon weg te leggen, te focussen op het moment en leuke sociale dingen te plannen. Het gaat soms ook simpelweg om prioriteren.

Winnaar Robert Smeenk,
GE-chirurg, Albert Schweitzer ziekenhuis

Wat heeft wat jou betreft topprioriteit binnen de heekunde in Nederland?

Als ik dan binnen mijn eigen differentiatie kijk, een kwaliteitsregistratie (zoals DICA) voor benigne GE-chirurgie (IBD, diverticulitis e.a.). Alsof kwaliteit van maligne chirurgie belangrijker is dan de benigne chirurgie.

Je bent winnaar door het juist oplossen van een puzzel. Welk puzzelstukje in je werk als chirurg/aio is lastig te leggen?

Het combineren van alle werkzaamheden die bij een chirurg horen zonder dat er iets onder lijdt: kliniek, wetenschap, opleiden, gezin en sociaal leven.

Het door jou gewonnen shirt is uiteraard geïnspireerd op Magrittes wereldberoemde ceci n'est pas une pipe: hoe laadt je je op als de pijp dreigt leeg te raken?

Ik laad me op met ontspanning. Dit kan zowel een avondje of dagje met het gezin zijn, maar ook wielrennen, een ritje met de motor, of een potje Call of duty 🤪.



Colofon Nederlands Tijdschrift voor Heelkunde

Hoofredactie

dr. J.F.M. Lange jr., UMCG, Groningen (voorzitter)
 K. Ruitenbeek, UMCG, Groningen
 J.W.A.M. Bosmans, AvL/NKI, Amsterdam
 dr. E.N. de Vries, Tjongerschans, Heerenveen
 M. Staarink, Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis, Dirksland
 dr. H.T.J. Mantel, ZGT, Almelo
 J.M. Bakia, UMCG, Groningen
 J.A. Wegdam, Elkerliek Ziekenhuis, Helmond
 H. Swank, Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht
 M. Willems, Flevoziekenhuis, Almere
 C. van Leeuwen, HMC, Den Haag (VAGH)

Adjunct-hoofredactie/eindredactie

V.R. Kammeijer

Redactieraad

dr. J.G. van Baal, ZGT, Almelo
 dr. M. van den Berg, Scheperziekenhuis, Emmen
 prof. dr. N.D. Bouvy, MUMC, Maastricht
 dr. J.G.H. van den Brand, Noordwest Ziekenhuisgroep, Alkmaar
 prof. dr. E.C.J. Consten, Meander MC, Amersfoort
 dr. P. van Duijvendijk, Gelre Ziekenhuis, Apeldoorn
 dr. J.P. Eerenberg, Tergooi, Hilversum
 prof. dr. M. van der Elst, Reinier de Graag, Delft
 dr. A.B. Francken, Isala Klinieken, Zwolle
 dr. A.A.W. van Geloven, Tergooi, Hilversum
 prof. dr. J.C. Goslings, OLVG, Amsterdam
 dr. E. van der Harst, Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam
 dr. L.W.E. van Heurn, Amsterdam UMC, Amsterdam
 dr. B. van den Heuvel, Radboud UMC, Nijmegen

dr. M.M. Idu, Amsterdam UMC, Amsterdam
 prof. dr. J.M. Klaase, UMCG, Groningen
 prof. dr. J.H.G. Klinkenbijn, Gelre Ziekenhuizen, Apeldoorn
 dr. S. Kruijff, UMCG, Groningen
 prof. dr. J.F. Lange, Erasmus MC, Rotterdam
 dr. B. Langenhoff, ETZ, Tilburg
 dr. E.J.T. Luiten, Amphibia Ziekenhuis, Breda
 dr. R. Meerwaldt, Medisch Spectrum Twente, Enschede
 dr. E. J.M. Nieveen van Dijkum, Amsterdam UMC, Amsterdam
 prof. dr. D.L. van der Peet, Amsterdam UMC, Amsterdam
 dr. P.W. Plaisier, Albert Schweitzer Ziekenhuis, Dordrecht
 R.R. Postema, Spijkenisse MC, Spijkenisse
 prof. dr. V.A. de Ridder, UMC Utrecht
 dr. W.H. Schreurs, Noordwest Ziekenhuisgroep, Alkmaar
 dr. H.B.A.C. Stockmann, Spaarne Gasthuis, Haarlem
 prof. dr. J.A.W. Tejjink, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven
 dr. G.W.M. Tetteroo, Capelle a/d IJssel
 dr. R. den Toom, Spijkenisse MC, Spijkenisse
 dr. H.A.J. Tytgat, UMC Utrecht
 prof. dr. M.R. Vriens, UMC Utrecht
 prof. dr. M.H.W.A. Wijnen, Prinses Maxima Centrum, Utrecht

Researchraad

Guido van Oijen, sectie NVT
 Didi Sloothaak, sectie NVCO
 Willemieke Tummers, sectie NVKC
 Robert-Jan Coelen, sectie NVGIC
 Jeroen van Vugt, sectie NVGIC

Redactiesecretariaat

Redactie Nederlands Tijdschrift voor Heelkunde
 Postbus 20061
 3502 LB Utrecht
 Tel. 085 04 81 460
 redactie@heelkunde.nl

Aanlevering kopij

Het volgende NTVH verschijnt eind december. Deadline kopij is 22 november.

Uitgever

KAMMEIJER | uitgeverij, Arnhem
 info@kammeijer.com
 www.kammeijer.com

Coverontwerp- en fotografie

Harold Koopmans & Carmen Martino

Opmaak

Giesbers Retail, Velp

Druk

Damen

Advertentie-exploitatie

Cross
 010-7421942 of
 zorg@crossmedianederland.com

Prioriteitbom

Door: Johan Lange jr., voorzitter hoofdredactie NTVH

“Oké, Nadia, hoeveelste jaars ben jij ook alweer?” vraagt Karst gehaast aan zijn AIOS.

Met het colonpreparaat nog in haar handen antwoordt Nadia dat ze halverwege haar tweede jaar zit. Iets te vroeg voor een anastomose zonder supervisie, denkt Karst, met zijn blik op de OK-klok.

“Doe dan maar een eindstandig stoma, Nadia, lukt wel zonder mij toch? Ik moet nu als een speer naar Utrecht om de werkgroep ‘Patiënt centraal’ voor te zitten.”

In de auto logt Karst met knorrende maag in bij de TEAMS-meeting ‘Chirurg en gezond leven’ waarvan hij secretaris is. Tijdens een snelle pitstop bij de Mac belt zijn vrouw met de vraag welke salade hij wil vanavond.

“Oh, shit, schat, ik eet vanavond niet thuis,” zegt Karst, terwijl hij nog wat frietjes in zijn mond propt. “En morgen ook niet, dan heb ik een presentatie voor Veilig Verkeer Nederland, voor die campagne voor de fietshelm... Waar ik de presentatie nog voor moet maken, realiseer ik me nu...”

“Maar morgen is de balletvoorstelling van Fleurtje!” reageert zijn vrouw verontwaardigd.

“Neem maar op met de iPhone, Veilig verkeer is ook belangrijk voor háár toekomst, niet?”

Terwijl Karst de parkeerplaats van de Mac afrijdt valt een stukje augurk met saus uit zijn Big Mac op zijn broek. Met zijn blik op de vetvlek gefixeerd en deze klunzig uitwrijvend, rijdt hij over een hobbel. Doof voor zowel een daaraan gegaard gaande ijselijke gil buiten als het getier van zijn vrouw over de speakers, switcht hij zijn telefoon terug naar de online-meeting.

Aangekomen bij de Domus, komt hij in de lift verenigingsvoorzitter Charlotte tegen.

“Hey, Karst, we hadden het net in het bestuur over je. We moeten eigenlijk ook een werkgroep ‘Diversiteit in de heekunde’ oprichten. Jouw naam viel als mogelijk kartrekker. En anders zou EL Mahmoudi er ook wel wat voor voelen.”

“Diversiteit heeft mijn absolute prioriteit,” zegt Karst zonder aarzeling. “Als je bijvoorbeeld ziet hoe slecht allo... eh ... collegae met een eh.. migratieachtergrond in onze besturen zijn vertegenwoordigd... Count me in, Charlotte!”



De vergadering ‘Patiënt centraal’ loopt een uur uit en na een lange autorit komt Karst na twaalfen weer thuis. In de donkere huiskamer ziet hij dat zijn vrouw op de bank met open mond ligt te snurken. Op de salontafel een wijnglas met een bodempje rood naast een kwart gevulde fles.

“Jij raadt nooit wie de nieuwe voorzitter van de taskforce ‘Work Life Balance’ is geworden!” roept Karst zonder rekening te houden met zijn slapende vrouw. Ze schrikt wakker en stoot haar wijnglas om. Met beide duimen wijst Karst tevreden naar zichzelf. Zijn vrouw zucht, pakt de fles wijn en begint er met een lodderige blik aan te lurken. Plotseling gaat de deur open, dochter Fleur rent naar haar vader en springt op zijn schoot. Haar knie stoot daarbij tegen zijn symptomatische navelbreuk. Al weken accreet, maar nog geen tijd gehad voor correctie.

“Verhaaltje, pap?”

“Nee, sorry, lieverd,” kreunt Karst van de pijn. “Ik moet de enquête over de toegenomen administratielast in de zorg nog invullen. Duurt maar tien minuten, zeiden ze, maar jij moet nu meteen weer naar bed, hop!”

TOK TOK TOK!

Karst ontwaakt en treft zichzelf liggend op de sofa, de laptop nog op schoot, wat wasabinootjes op zijn trui. Het is drie uur 's nachts. Groene kruimels van zich afkloppend loopt hij half beduusd naar de voordeur. Voor hem verschijnt een stralend wezen in een wit gewaad. Karst staart naar het aureool boven zijn of haar hoofd en voelt een oer-energie (liefde?) zijn ziel penetreren. In de straat ziet Karst tot zijn verbazing dat lantaarnlichten knippen en kliko's door de lucht vliegen. “Karst...” zegt het wezen dan plechtig met een even diepe als serene stem, die in stereo bij Karst binnenkomt, “we hebben jou van boven de afgelopen tijd geobserveerd en hebben besloten jou een heel belangrijke levensles te leren. Vanaf nu...” “Kut!,” roept Karst bij wie plots iets heel belangrijks te binnen schiet. Hij slaat impulsief de deur dicht om als de wiedeweerga zijn NTVH-column te schrijven, deadline twee weken geleden. De vloekende onbekende met de vingers tussen de deur hoort hij niet. ■

Najaarsdag 2024

8.15 – 9.15	Ontvangst en registratie
9.15 – 9.30	Opening Najaarsdag 2024: Naast het Snijvlak <i>Door dagvoorzitter Splinter Chabot</i>
9.30 – 10.15	Gedrag en Imago in de Chirurgie <i>Met o.a. uitkomsten resultaten enquête Sociale Veiligheid en Gedrag</i>
10.15 – 11.00	Algemene Ledenvergadering NVvH Inclusief uitreiking Gildepenningen
11.00 – 11.30	Pauze
11.30 – 12.15	Complicaties en het belang van peer support
12.15 – 13.00	Interactieve workshops <i>In samenwerking met onze partners</i>
13.00 – 14.00	Lunchpauze
14.00 – 14.45	Medische logistiek en leiderschap tijdens crisis <i>Door chirurg en Major General Tim Hodgetts</i>
14.45 – 15.15	Schoemakerprijzen 2024
15.15 – 15.45	Pauze
15.45 – 16.30	Naast het Snijvlak van Trauma- en Vaatchirurgie
16.30 – 17.15	Profilering binnen de opleiding Chirurgie
17.15 – 17.30	Afsluiting Najaarsdag 2024: Naast het Snijvlak
17.30 – 18.30	Borrel

**Voor goede zorg
hebben we specialisten
met een brede blik nodig.**

—
Werk aan je T-shape met NTVG.



ONTDEK DE MOGELIJKHEDEN OP [NTVG.NL/T-SHAPE](https://ntvg.nl/t-shape)

