

Zorg voor je mensen



Marijn Houwert

# Zorg voor je mensen

*De wondere wereld van een traumachirurg*



Uitgeverij De Arbeiderspers  
Amsterdam · Antwerpen

De royalty's van de auteur gaan naar Stichting Leading Doctors. Zie voor meer informatie pagina 205.



Copyright © 2021 Marijn Houwert

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, door middel van druk, fotokopie of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van BV Uitgeverij De Arbeiderspers, Weteringschans 259, 1017 XJ Amsterdam.

Omslagontwerp: Jan van Zomeren

Omslagillustratie: Getty Images

Portret auteur: UMC Utrecht

Typografie: Perfect Service, Reeuwijk

ISBN 978 90 295 4334 7 / NUR 320

[www.arbeiderspers.nl](http://www.arbeiderspers.nl)

Voor pa



# Inhoud

*Woord vooraf. Wat is trauma?* 11

## *Wondere wereld*

- Wie zijn we? 21  
Gents Only 24  
Oorpijn in Spanje 28  
Chirurg en auto 32  
Inclusieve besluitvorming 35  
Dubbel duurzaam 38  
Aruba 41  
Financiële instelling 45  
Vinkjes zetten 48  
Domme chirurgen 51  
Ongeschikt als psychiater 54

## *Zorg voor zwaargewonde mensen*

- 1 *Hoe zit het zorgsysteem in elkaar?* 59  
Traumapatiënten verdienen een gezicht 59  
Een bed is geen bed 63  
Het risico van ouderwetse beeldvorming 66  
Brief aan de minister van Medische Zorg 70

Het systeem zorgt voor ons	73
Business as usual?	76
Werk in coronazorg	79
Stichting Zorg na Werk in Coronazorg (zwic)	82

<i>2 De patiënten</i>	85
Roodgelakte nagels	85
Een richtlijn: geen Wetboek van Strafrecht	88
Niet behandelen hebben we nooit goed geleerd	91
Drank en drugs	94
Echte mannen huilen niet	97
Het went nooit	100
18 maart 2019	103
Hoe ga je hiermee om?	106

### ***Studeren, onderzoek doen en promoveren***

Hoepels	111
Onverwachte verrassingen	114
Burgerlijk ongehoorzaam	117
Chirurgisch onderzoek	120
Ribfixatie en zinloze randomised controlled trials	125
Publicatieschaamte	129
Wat moeten we met patient-reported outcomes?	132
Promoveren	136



### ***Hoe word ik chirurg?***

Anios	141
Zorg voor je mensen	145
Een appje als ik mazzel heb	148
Handigheid	151
Een penalty om niet te vergeten	154
Coaching in de heekunde	157
Zwitserland	160
Jonge klaren	163

### ***Rolmodellen***

Vrouwelijke rolmodellen	169
Noem dat maar niets	172
Mevrouw de voorzitter	174
Leiderschap	176
Mijn promotor	179
Oude wijze mannen	182
De Chief	185
De Kolonel	188
Ome D: fractuurchirurgie, geen rocketscience	191
De Professor	194

### ***Dankwoord***

### ***Noten***

### ***Stichting Leading Doctors***

205



## Woord vooraf. Wat is trauma?

In deze bundel beschrijf ik de belevenissen van een traumachirurg in een groot academisch traumacentrum. Het is een wondere wereld waar ik me in begeef: er gebeuren weinig alledaagse dingen, en dat is wellicht ook meteen de essentie van het vak traumachirurgie.

Maar wat is trauma? Op het internet valt te lezen dat trauma een schokkende gebeurtenis is waarna je psychische hulp nodig hebt. Dat is deels waar, maar zeker niet het volledige verhaal. Trauma is namelijk nog veel meer.

Trauma, ofwel verwondingen of letsels als gevolg van een ongeval, is wereldwijd doodsoorzaak nummer één onder mensen jonger dan veertig jaar.<sup>1</sup> Het is dus een levensgevaarlijke ziekte. Het heeft lang geduurd voordat trauma als dusdanig is erkend, omdat patiënten jarenlang zijn weggezet als leden van de zogenaamde *knife and gun club*, mensen die neergestoken dan wel neergeschoten zijn, met daarbij het vooroordeel dat deze mensen het zelf uitgelokt hebben. Ongevallen gebeuren dus alleen bij mensen die erom vragen, zo is vaak gedacht. Eigen schuld dikke bult.

In Nederland worden jaarlijks meer dan tachtigduizend patiënten in het ziekenhuis opgenomen na een ongeval.<sup>2</sup> Als we ervan uitgaan dat de Nederlandse bevolking rond de achttien miljoen blijft en dat u tachtig jaar oud wordt, dan is er grofweg drieëndertig procent kans dat een van uw naasten door een ongeval in het ziekenhuis terechtkomt. In een hedendaags modelgezin, ouders met drie kinderen, is dat er hopelijk maar één. Met een beetje pech zijn het er twee. Dat komt dichtbij.

In de traumazorg zijn twee belangrijke groepen patiënten aan te wijzen. Allereerst worden er jaarlijks zo'n 4500 zwaargewonde patiënten opgenomen. Over de definitie van 'zwaargewond' zouden we als traumachirurgen een boek kunnen schrijven. Internationaal wordt er meestal gerefereerd aan de Injury Severity Score (ISS). Dat is een soort optelsom van letsels in verschillende delen van het lichaam. Als deze score 16 of hoger is, spreken we van 'zwaargewond'. Voor de lezers van dit boek wil ik het graag wat eenvoudiger houden. Een meervoudig (op meerdere plekken in het lichaam) gewonde patiënt die door zijn of haar letsels kan komen te overlijden dan wel een arm of been kan verliezen als gevolg van het ongeval, is wat mij betreft zwaargewond. Zwaargewonde patiënten worden in principe opgevangen en behandeld in de daarvoor aangewezen ziekenhuizen, zogenaamde level 1-traumacentra, waar de zorg is ingericht op de opvang van dergelijke patiënten.

De tweede groep bestaat uit ouderen die vallen en een heup breken. Dit gebeurt maar liefst achttien-duizend keer per jaar. In de regio Utrecht, waar ikzelf werkzaam ben, worden deze patiënten behandeld in de perifere ziekenhuizen. Ook hier is de zorg ingericht op de opvang, operatie en nazorg van patiënten met een gebroken heup.

Wat heeft de zorg voor beide groepen patiënten met elkaar gemeen? Het is teamsport. Bij de zwaargewonde patiënt is een ziekenhuis aan specialisten, verpleegkundigen, paramedici en revalidatieartsen nodig om de behandeling tot een succes te maken. Daarom heb ik ook moeite met het beeld van de traumachirurg als superheld die uit helikopters springt en olifanten opereert, want dat doet het team en ons vak tekort. Het team dat voor de groep ouderen zorgt is de zogenaamde geriatrie-trauma-unit: de geriater of specialist ouderengeneeskunde, de anesthesioloog, de traumachirurg en wederom meerdere verpleegkundigen en paramedici. Dat het team en de logistiek (de organisatie van zorg) het resultaat van een behandeling bepalen blijkt uit onderzoek onder beide groepen patiënten.

De belangrijkste mijlpaal voor de zwaargewonde patiënt is in Nederland de centralisatie van de zorg geweest. Minder ziekenhuizen behandelen meer patiënten. Dat daarmee een flinke winst is geboekt blijkt bijvoorbeeld uit het aantal patiënten dat komt te overlijden door bloedverlies: dat daalde in de loop der jaren

van zeventien procent naar drie procent.<sup>3</sup> Het komt erop neer dat als teams regelmatig zwaargewonde patiënten behandelen, ze daar bedreven in raken en de overlevingskans stijgt.

Toch hapert het nog met de centralisatie. Op een of andere manier ontlenen traumachirurgen hun gevoel van eigenwaarde vooral aan de hoeveelheid zwaargewonde mensen die ze behandelen. Het is namelijk uitdagend (het klinkt wellicht gek, maar wij traumachirurgen vinden het zelfs leuk) om zulke patiënten te behandelen. Hierdoor worden zwaargewonde patiënten nog steeds te veel uitgespreid over de bestaande ziekenhuizen in Nederland. De grootste centra in Nederland behandelen nu grofweg vierhonderd zwaargewonde patiënten per jaar, terwijl we uit de literatuur weten dat een traumacentrum minimaal zeshonderd zwaargewonde patiënten moet behandelen om er echt goed in te worden.<sup>4</sup> Dit vraagt ook om harde beleidsmatige keuzes, en helaas blinken we daar bestuurlijk nog niet in uit.

Ook bij heupfracturen van oudere patiënten is het niet zozeer ons trucje, dus de operatie, wat verbeterd moet worden. Echte vooruitgang boeken we door de logistiek te optimaliseren en aandacht te besteden aan de zorg voor en na de operatie. Ziekenhuizen die dat goed geregeld hebben scoren vooralsnog beter qua overleving.<sup>5</sup>

*Zorg voor je mensen* gaat niet alleen over traumachirurgie, de zorg voor (zwaar)gewonde mensen, maar ook over mijn belevenissen en verwondering omtrent de dagelijkse gang van zaken in het ziekenhuis. Het gaat over de manier waarop de zorg georganiseerd wordt en over de mensen die we als team behandelen. Daarnaast vertel ik over de geneeskundestudie, de onderzoekspraktijk, de zin en onzin van het ‘moeten’ promoveren in de huidige tijd, en de voor mijn werk heel belangrijke opleiding tot chirurg. Als laatste introduceer ik mijn eigen rolmodellen. Ik sluit af met vier traumachirurgen zonder wie ik nooit gekomen was waar ik nu ben. Ik heb geprobeerd recht te doen aan de investering die ze in mij hebben gedaan en nog steeds doen, het vertrouwen dat ik van ze heb gekregen en nog steeds krijg en de wijze lessen die ik van ze heb geleerd en nog steeds leer. Hoe zij *Zorg voor je mensen* op mij hebben toegepast en nog steeds toepassen. Dat is mijn basis als traumachirurg. De basis van dit boek is de traumachirurgie.

#### INFORMED CONSENT, OFTEWEL TOESTEMMING

Wellicht denkt u: prachtig hoor, verhalen over de zorg en patiënten, maar weten die mensen wel dat je over ze schrijft? En kan dat zomaar allemaal?

Ja, dat kan, want niet alleen heb ik de verhalen be-

werkt om ervoor te zorgen dat patiënten niet geïdentificeerd kunnen worden, maar ook heb ik waar mogelijk toestemming gevraagd voor het opnemen ervan in dit boek. In dokterstaal: er is sprake van informed consent. In de alledaagse medische praktijk betekent informed consent dat een patiënt uitleg krijgt over de voor- en nadelen van een behandeling en vervolgens toestemming geeft om een behandeltraject in te gaan. Hoewel ik als chirurg regelmatig foeter over de administratielast bij onderzoek en het gedwongen afvinken van informed-consentlijstjes, is toestemming vragen voor mij een tweede natuur geworden. En bij deze bundel leverde het een paar mooie anekdotes op.

Ik vroeg bijvoorbeeld toestemming aan Ans, een patiënt die ik heb geopereerd aan haar gebroken enkel. ‘Leuk dat je dit gaat opschrijven hoor! En prima. Ik vind alleen mevrouw V. niet zo leuk, noem me maar gewoon Ans.’

Wat later zat ik bij mijn barbier. ‘Michael,’ zei ik, ‘ik wil je wat vragen. Vind je het goed als ik over je schrijf?’ ‘Gast,’ zei Michael, ‘wat supergaaf. Daar kom je nu mee? Waarom kun je niet even wachten tot ik je geknipt heb? Ik sta helemaal te shaken, man. En als je ooit een boekpresentatie gaat geven, komt dokter Inge dan ook?’

Mijn collega-chirurg Alex op Aruba bracht zijn informed consent wel heel vrij onder woorden: ‘Je schrijft maar raak, *guyó*. Het lijkt me prima.’



Aan sommige mensen heb ik niks gevraagd. Ik heb ze slechts iets meegedeeld. ‘Chef,’ zei ik tegen mijn afdelingshoofd, ‘ik ben voornemens je uit te maken voor oude man. Verder is het wel een positief verhaal.’ ‘Wat? Je bent ontslagen! Maar dat betekent niet dat je geen dienst komt doen dit weekend.’

Er viel me trouwens iets op wat ik ook zie in de spreekkamer: niet iedereen zit te wachten op een volledige uitleg. ‘Die complicaties hoef ik niet te horen hoor, dokter. Doe maar gewoon je best.’ Nou, mijn best heb ik in elk geval gedaan.