

Hoerna

HEELKUNDIGE KLINIEK
GRONINGEN

—
Prof. Dr P.J. Kuijjer
—————

DE OPLEIDING IN DE HEELKUNDE



(Heelkundige Kliniek Groningen - Hoofd: Prof.Dr.P.J.Kuijjer)

Inhoud:

- Hoofdstuk I . Algemeen. Over het arts-zijn. Verantwoordelijkheid.
- Hoofdstuk II . De zaal. Verpleging. Omgang met patienten. Zwijgplicht.
Obductie. Injecties en transfusies. Co-assistent.
Consulent. Infectie en infectiebestrijding. Status.
Operatie-voorbereiding. Visite.
- Hoofdstuk III . Patienten-bespreking.
- Hoofdstuk IV . Operatie. Operatie-ritueel. Assistentie. Verhouding met
anaesthesist. Hartstilstand. Operatie-techniek.
Verbinden. Gipsen.
- Hoofdstuk V . Transfusie.
- Hoofdstuk VI . Stages.
- Hoofdstuk VII . College.
- Hoofdstuk VIII. Opleiding.

HOOFDSTUK I

Het medisch beroep ("le plus noble des professions, le plus triste des métiers") is een moeilijk en gevaarlijk beroep.

Moeilijk: omdat bijna geen routine-beslissingen voorkomen en iedere patient, iedere beslissing en iedere operatie individueel moet worden bekeken. Deze afwisseling houdt overigens de geest lenig en behoedt voor het vervallen in routine. Gevaarlijk in de allereerste plaats voor de patient, die validiteit, gezondheid en zelfs zijn leven in de waagschaal moet stellen. Gevaarlijk ook voor de arts, omdat hij onafgebroken voor moeilijke beslissingen staat en een verkeerde beslissing, een vergissing, een nalatigheid of een fout de ernstigste gevolgen kan hebben.

De chirurg is bijzonder geëxponeerd, mede door enkele van zijn kenmerkende karaktertrekken: een zekere hartstocht voor het gevaar, temperament, snelle besluitvorming en onmiddellijke actie. Daar komt nog bij, dat de arts voor een onvoldoende of onjuiste behandeling niet alleen moreel, maar ook juridisch en zelfs financieel kan worden aansprakelijk gesteld. In het ziekenhuis wordt ieder assistent juridisch gedekt door het hoofd van de afdeling en financieel door het ziekenhuis. De morele verantwoording draagt ieder, die arts is, steeds persoonlijk. Ook naam en positie kunnen hierbij in het geding komen. Ieder arts zal in dit complex van zorgen, moeilijkheden, plichten en verantwoordelijkheden zijn eigen weg naar eigen aard en aanleg min of meer zelf moeten vinden. Op de universiteit leert men er vrijwel niets over. Gedurende een assistententijd heeft men het voorbeeld van ouderen. Enkele overwegingen omtrent de specifieke problemen, die zich voordoen voor de assistent op de chirurgische afdeling van het ziekenhuis lijken mij van nut ter verbetering van inzicht en begrip en ter bescherming van patient, arts en ziekenhuis.

Over het arts-zijn.

Het is niet overbodig enkele ogenblikken stil te staan bij het wezen van de arts en van het arts-zijn. Ieder mens is in zijn denken en handelen een exponent van zijn tijd. Ieder mens en dus ieder arts leeft in een bepaald tijdsgewricht en wordt gevormd (of misvormd) door en is gebonden aan de ideeën van zijn tijd.

De moderne tijd wordt o.a. beheerst door enkele zeer karakteristieke ideeën, namelijk:

1. TECHNOCRATIE (overheersing van de techniek). Geloof, dat technisch niets onmogelijk is, verwijdering van de natuur, verval en onderwaardering van het ambachtelijk handwerk, overdreven specialisatie, meer gedetailleerde, maar minder universele kennis.
2. COLLECTIVISME. Devaluatie van het individu als unieke persoonlijkheid. Verheerlijking van de massa. Nivellering naar onderen toe. Verzwakking van het verantwoordelijkheidsgevoel en van de bereidheid verantwoordelijkheid op zich te nemen. Vermindering van de bereidheid risico's te lopen. Functionarisering. Totalisering. (al deze facetten vindt men terug in het moderne ziekenhuiswezen en ziekenfondswezen).
3. VERZAKELIJKING. Het in het oog springende voorbeeld is de moderne architectuur. Van de moderne zakelijkheid is een belangrijk winstpunt het opruimen van veel hypocrisie. De mens, de tussenmenselijke relaties en de natuur laten zich echter niet verzakelijken.
4. ONGEBREIDELDE OPENBAARHEID. Moderne journalistiek en pers, film, televisie, naaktcultuur, gebrek aan afstand, gebrek aan ontzag, ontluistering van ieder mysterie.
5. ONGELOOF.
6. GEZAGSCRISIS.

Uit de analyse van deze enkele leidende gedachten van onze moderne tijd blijkt onmiddellijk, dat deze allen stuk voor stuk een dodelijke bedreiging vormen voor de geneeskunst. (Met opzet zeg ik niet geneeskunde; deze wordt door de natuurwetenschappen op briljante wijze voor- uitgebracht).

In het wezen van de geneeskunst is sinds Hippocrates niets veranderd (omdat de mens als mens niets is veranderd, ondanks zijn uiterlijke triomfen).

De zieke mens is een mens (een unieke psychosomatische totaliteit) in nood, en altijd nog meer in geestelijke dan in lichamelijke nood. Ik roer hierbij alleen even het zeer belangwekkende probleem aan, dat de moderne geesteswetenschappen menen, dat de mens zijn ziekte heel vaak zelf zou maken (endogene oorzaken - hypertensie, ulcuslijden, colitis en talrijke andere voorbeelden, gezien als primair neuro-hormono-vegetatieve disregulaties). Dit zou zelfs gelden voor de ongelukken (denk aan de z.g. "pechvogels").

De ziekte, zoals zij zich aan ons tenslotte voordoet, zou niet meer zijn dan de (eindelijk zichtbare) ontknoping van een toneelstuk, dat reeds lang in het verborgene wordt opgevoerd.

Deze zieke mens wendt zich in zijn levensangst uit vrije wil tot de arts van zijn eigen keuze, d.w.z. tot de arts in wie hij zijn vertrouwen stelt. De taal zegt zeer juist: zijn vertrouwen stellen in. De patient stelt een positieve daad als vrij mens. Hij levert zich niet uit. Bovendien verwijst het woord vertrouwen naar trouw.

Deze arts (het is een vrij beroep) is vrij de behandeling op zich te nemen of niet (tenzij in acuut levensgevaar). Doet hij dit, dan aanvaardt hij daarmee ipso facto de verantwoordelijkheid zijn patient naar beste weten en kunnen te behandelen. Hij beantwoordt vertrouwen met trouw. Zo ontstaat de relatie tussen de arts en zijn patient, een relatie tussen twee vrije persoonlijkheden, een relatie, die de vrijheid van beide kanten tot essentiële voorwaarde heeft en die ^{zonder} vrije beslissing niet kan bestaan.

Ik ken van deze relatie geen betere definitie dan het volgende franse gezegde: "L'acte médical est la rencontre d'une confiance et d'une conscience." (Jean Rolin).

De geneeskundige behandeling is dus een ontmoeting, een samenspraak, waarbij de patient inbrengt zijn vertrouwen, de arts zijn geweten. Dit leidt tot een samenspel, waarbij beide partijen, als het goed is (het behoeft daarom met de patient nog niet goed te gaan) winst boeken. Het gaat dus steeds om een ontmoeting van mens tot mens, d.w.z. van persoonlijkheid tot persoonlijkheid. Ieder weet, dat om te kunnen genezen persoonlijkheid primair en medische kennis niet onbelangrijk, maar toch secundair is (getuige de natuurgeneeskundigen, kwakzalvers, enz.).

Het vertrouwen van de patient is een koninklijke gift (nooit in geldswaarde uit te drukken). Het is een positieve kracht, die een stroom van energie richt op arts en behandeling en die alle inwendige krachten mobiliseert voor de genezing. De gewetensvolle behandeling van de arts (zich uitend in voortdurende toewijding en zorg) concentreert zijn eigen krachten op de patient, eveneens eigenlijk een daad van liefde, en evenmin ooit in geld uit te drukken. In feite is dan ook iedere behandeling onbetaalbaar, zijn er geen prijzen en kan hoogstens sprake zijn van een honorarium, letterlijk: ereloon.

Van primair belang is dus niet wat de arts doet, maar wie hij is. Wanneer zo de verhouding arts-patient tot zijn wezen wordt teruggebracht, blijkt er sinds de oudste tijden niets in dit wezenlijke veranderd.

Helaas traint de universiteit alleen in exacte kennis en wordt op het artsexamen niet naar karaktereigenschappen gevraagd. Het zou immers beter zijn iemand met integer karakter en met onvoldoende medische kennis op de maatschappij los te laten, dan omgekeerd.

De overwaardering voor de exacte natuurwetenschappen bij de opleiding tot arts aan de universiteit heeft helaas geleid tot een zekere atrophie van de cultuurwetenschappen, die de arts en de patient juist zo primair van node hebben. De geneeskunde heeft van ouds echter deze bijzondere plaats in de wetenschap ingenomen, omdat zij zowel natuur- als cultuurwetenschap is.

Gebrek aan vertrouwen. Gebrek aan vertrouwen van de patient maakt iedere behandeling onmogelijk, omdat de arts niet meer vrij staat (getuige de aansprakelijkheidsprocessen). Onderminning van het vertrouwen is daarom de doodsteek voor de geneeskunde. Het besef hiervoor is veel te zwak.

Grof misbruik van vertrouwen wordt wel algemeenesignaleerd, aan de kaak gesteld en veroordeeld. Iemand, die niet misdadig van karakter is, zal daarin niet gauw vervallen. De fijnere nuances echter van het vertrouwen en van het vertrouwen-winnen ontgaan velen. Kleine inbreuken op het vertrouwen worden daarom heel veel en vaak onbewust en onbemerkt gedaan.

Een zekere nonchalance, gebrek aan ernst, aan toewijding, loslippigheid, gemakzucht, schoonheidsfoutjes in uiterlijk, houding, gebaar, manier van optreden, slordigheid, het niet weten van bijzonderheden van zijn patient, kunnen evenzovele kleine inbreuken maken op het vertrouwen van de patient en hem reden tot twijfel geven. En een patient mag niet twijfelen; wél aan de afloop van zijn ziekte, nooit aan de toewijding van zijn artsen.

Wanneer wij terugdenken aan de boven opgesomde tijdsfenomenen: technocratie, collectivisme, verzakelijking, ongebreidelde openbaarheid, ongeloof, gezagscrisis, dan springt onmiddellijk in het oog hoezeer de geneeskunst in zijn wezen wordt bedreigd.

De technocratie dreigt de persoon van de arts (ook soms in zijn eigen idee) te verdringen ten behoeve van de blinkende apparatuur. De technocratie vereist vergaande specialisatie en dreigt de patient op te splitsen in een aantal organen of functies. Het uiteenvallen van de interne geneeskunde en chirurgie in talrijke (super)specialismen is er een voorbeeld van. De chirurg is bijzonder blootgesteld aan de verleiding en bedreiging van de techniek, juist omdat mechanische en technische factoren zo'n overheersende rol in de chirurgie spelen.

Het collectivisme heeft van de patient een nummer gemaakt (ziekenfonskaart no. zoveel, bed no. zoveel, zaal no. zoveel), heeft hem goeddeels van de vrije artsenkeuze beroofd. Het heeft gemaakt, dat hij zich niet meer vrijwillig stelt in handen van, maar gedwongen is zich uit te leveren

aan (in plaats van gelijkberechtigde van de arts is hij nu onderworpen). Het heeft de arts van vrij man gedegradeerd tot functionaris (bij een functionaris doet de persoon er niet meer toe, de functionaris - als de ambtenaar - is verwisselbaar). Het collectivisme heeft zich als derde macht geschoven tussen het tweegesprek van arts en patient (juist als de "facheux troisième" bij twee verliefden).

Verzakelijking is in de geneeskunde niet mogelijk. Geneeskunde is biologie. De levende natuur is geen zaak, maar een ongrijpbaar en ondoorgrondelijk mysterie. Verzakelijking betekent deshumanisering.

Ongebreidelde openbaarheid. De patient is vooral in het ziekenhuis (en niet te vergeten op de polikliniek) zijn intimiteit en daarmee zijn waardigheid volkomen kwijt. Hij durft zich ook mede daardoor vaak niet vrijmoedig te uiten. Het medische geheim (een essentiële factor in de behandeling: het bindt namelijk arts en patient aaneen en geeft aan die binding iets sacraals) is in het ziekenhuis zo lek als een zeef.

Ongeloof. Geloof is een zo persoonlijke zaak, dat daarop hier niet nader kan worden ingegaan. 2 belangrijke punten wil ik wel aanstippen:

1. Voor genezing is geloof (waarin dan ook) noodzakelijk; "c'est la foi qui guérit". Ongeloof is eigenlijk gebrek aan vertrouwen, kleinmoedigheid.
2. Door het godsdienstig ongeloof wendt de patient zich soms juist, in plaats van naar dominee of priester, eerder naar de arts als meer neutrale figuur.

Gezagscrisis. De medicus heeft niet meer de autoriteit van vroeger. In zijn eigen gevoel is zijn prestige ook gedaald. Hij zal het daarom veel meer nu van zijn persoonlijkheid moeten hebben om het vertrouwen van de patient te winnen en te behouden.

Wanneer men dit alles overweegt, dringt zich de gedachte op dat het misschien juist de artsen zouden kunnen zijn, die in de tegenwoordige tijd in belangrijke mate een tegengewicht zouden kunnen vormen tegen de huidige ontwaarding van alle waarden. Helaas zijn vele artsen onder de maat en beseffen zij niet voldoende, dat zij niet alleen sociaal, maar vooral ook spiritueel, een stand hebben op te houden. Ik heb niets tegen arbeiders, maar een arts moet zich niet als een arbeider gedragen. Doet hij dit toch, dan moet hij zich niet verbazen op dezelfde wijze terug behandeld te worden. Tutoyeer nooit een patient. Loop altijd in een schone jas.

Laat een witte jas niet openhangen; zo loopt een winkelbediende. Ga nooit zonder een witte jas aan te doen op zaal. Het maakt de indruk of men de moeite niet heeft willen nemen zich te verkleden. Kom op tijd, het is een belediging anderen te laten wachten. Houdt U aan afspraken.

Praat niet te veel en zeg geen ondoordachte dingen. Woorden zijn instrumenten die veel kwaad kunnen doen. Men zou moeten leren zijn mond te ontsmetten alvorens onheil te stichten met zijn woorden, juist zoals men zijn handen wast en zijn instrumenten steriliseert. Kom altijd op een oproep. Wanneer U bezig bent, verklaar dan waarom U niet kunt komen.

Speciaal in het ziekenhuis is het de plaats, waar alle gesignaleerde tendenzen de neiging hebben bijzonder gevaarlijk te worden.

Uit het bovenstaande moge blijken, dat de ziekenhuisarts in het algemeen en de chirurg (door de eigenaardigheden van zijn vak in het bijzonder) het gevaar loopt aan het wezen van ziekte, genezing en arts-zijn voorbij te gaan. Juist in het ziekenhuis, juist op een chirurgische afdeling moet men oppassen niet af te glijden in de richting van een onbewogen, fabrieksmatige, gezondheidsindustrie. De patient is in het ziekenhuis een afhankelijke en een onderworpen. De situatie brengt hem ertoe. Hij moet echter tot aanhankelijkheid gebracht worden en worden verheven tot het niveau waarop men zichzelf meent te kunnen stellen.

Het gaat in wezen om de humanisering van onze behandeling. Iedere patient, hoe eenvoudig ook, heeft hiervoor een feilloos instinct.

Van de kant van de arts zijn daarvoor maar 3 dingen noodzakelijk:

1) toewijding 2) toewijding 3) toewijding.

Verantwoordelijkheid.

De verantwoordelijkheid voor alles wat de geneeskundige behandeling betreft wordt uiteindelijk op iedere afdeling volledig gedragen door het hoofd van de afdeling. Hij kan deze alleen dragen, wanneer hij de zekerheid heeft, dat zijn aanwijzingen precies en volledig worden nagekomen, ook al zou een assistent een andere mening zijn toegedaan. Als dit het geval is, dient overleg gepleegd. De assistent heeft natuurlijk wel het recht en zelfs de plicht af te wijken van deze regel, wanneer een voorschrift naar zijn mening tegen de medische ethiek zou indruisen. Maar overigens is een voorschrift een voorschrift, al wordt het - om derwille van de samenwerking, de goede verstandhouding en de collegialiteit - steeds in de vorm van een verzoek gegeven. Daar er in groepsverband wordt gewerkt bestaat daarnaast een getrapte verantwoordelijkheid. De chef de clinique representeert de chef. Hij dient steeds in de geest van zijn chef te handelen. Hij is immers voor een groot deel mede verantwoordelijk voor het welzijn van de patient en vooral ook mede verantwoordelijk voor de opleiding. Dit weegt zeer zwaar. Het is tevens zijn taak de assistenten te adviseren, te helpen en te controleren. De hoofdassistenten werken in dezelfde geest. Zij doen de consulten.

Het consultantschap is een buitengewoon leerzame, maar ook moeilijke taak, die ook alleen goed kan worden vervuld door iemand met reeds veel ervaring. Het is een voorrecht deze leerschool te doorlopen. Het dwingt de consultant zich in zeer korte tijd een probleem goed voor ogen te stellen en een oplossing aan te geven. Het brengt hem in de grensgebieden van zijn specialisme en in contact met andere specialisten, met hun zienswijzen en eigenaardigheden. Hier worden tact, besluitvaardigheid en medische omgangsvormen geleerd. Daar het consultantschap van het grootste belang is, ook voor het prestige van de afdeling, is het goed dat ieder die toevalligerwijze (bijv. 's nachts) in spoedconsult wordt geroepen, zich realiseert, dat hij ALTIJD voor een moeilijke en belangrijke beslissing staat, zodat ruggespraak IN IEDER GEVAL geboden is. Hij representeert immers de afdeling.

De zaal-assistent, wel nog geen specialist, maar toch in ieder geval arts, draagt de directe volledige medische verantwoordelijkheid voor de patienten op zijn zaal. Deze verantwoordelijkheid duurt 24 uur per dag en geldt ook voor de week-ends en vrije dagen. Hiermee wordt bedoeld, dat ernstige patienten, die extra-controle en zorg vereisen, moeten worden overgedragen aan de dienstdoende assistent. Mede hierom is het beslist noodzakelijk, dat de status te allen tijde volledig tot de laatste gegevens is bijgewerkt. Niemand kan zich een oordeel vormen zonder een volledige ziektegeschiedenis.

Het werk op de zalen is heel moeilijk. Het vereist, zeker bij gebrek aan specialistische ervaring, voortdurende actieve zorg en controle. De zaalarts immers vormt - na de verpleging - de eerste medische barrière tegen ongelukken of verzuimen. Een volledige visite per dag is beslist noodzakelijk. Vaak komt het voor, dat een assistent 's morgens gaat opereren zonder op zaal te zijn geweest. Dit is niet juist, want daardoor kan het gebeuren, dat hij tot na twaalf uur op de operatiekamer blijft, alvorens zijn patienten te hebben gezien. Daar de zorg toch 's nachts altijd deficiënt is, kan een complicatie zich onnodig lang ontwikkelen voor zij wordt herkend. Bovendien zijn er vaak afspraken te maken, die, wanneer men vroeg visite maakt, tijdig het laboratorium of andere instanties kunnen bereiken. Wanneer de zaalarts voor te gaan opereren geen volledige visite maakt, dient hij toch minstens even op zaal te gaan kijken en met de hoofdzuster contact op te nemen, om te horen of er iets bijzonders is. Een uitstkende gewoonte is het gezamenlijke ochtendrapport. Dit is helaas op onze afdeling, doordat de operaties om 8 uur moeten beginnen, niet te verwezenlijken.

Voor het goed behandelen van een patient dient men steeds vervuld te zijn met het grootste wantrouwen of alles wel goed gaat, of men niets vergeten heeft en of alles wel goed is geregeld en afgesproken. Alleen degene, die wantrouwt, ziet scherp, en hem ontgaat niets. Degene, die te goed van vertrouwen is en denkt, dat het allemaal wel zo'n vaart niet zal lopen ziet vele dingen - alleen al door deze houding - over het hoofd.

Hij loopt achter de feiten aan, inplaats van ze vooruit te zijn.

WANNEER EEN ASSISTENT DIENST HEEFT, IS IEDER ALCOHOLGEBRUIK VERBODEN.

De jongst-aanwezige dienstdoende assistent dient altijd in het ziekenhuis aanwezig en onmiddellijk bereikbaar te zijn. Hij mag het ziekenhuis in geen geval verlaten voordat de andere assistent in huis is.

De zwijgplicht is belangrijk. Dit geldt niet alleen t.o.v. de aandoeningen van de patienten. Men moet ook naar buiten weten te zwijgen over sommige voorvallen, beslissingen en toestanden op de afdeling of in het ziekenhuis. De eetzaal is een bekende roddelplaats. Er ontstaan - door teveel praten en zich interessant maken - vaak verkeerde voorstellingen. Sterke verhalen zijn, zeker in niet-medische kringen, meestal kinderachtig. Het ziekenhuis is een glazen huis. Het is voorgekomen, dat iemand in zijn promotiekansen geschaad is door onnodig geroddel op de afdeling. Zwijgen is niet alleen verstandig wanneer het gaat om de patient. Er wordt onder de assistenten van verschillende afdelingen veel te veel gekletst, vaak kwaadgesproken en soms zelfs ronduit gelasterd. Men heeft veel te gauw een oordeel (meestal een veroordeling) klaar, dat alleen kan berusten op onvoldoende kennis en uiterlijkheden. Vaak ziet men daarbij de splinter in andermans oog, terwijl de bekende balk in eigen oog niet opvalt. Spreken in afkeurende zin over personen, die niet aanwezig zijn en zich dus niet kunnen verdedigen, is bijzonder laf. Natuurlijk - assistenten van één afdeling, die elkaar dus goed kennen en ook de omstandigheden goed kennen, moeten vrijuit onder elkaar kunnen praten. Maar naar buiten moet men leren zwijgen. Men bedenke overigens, dat de ware chirurg een man is van daden, niet van woorden. Een kletsende chirurg is een verdachte verschijning. Waarschijnlijk is hij geen goed chirurg, want een goed chirurg heeft geleerde zich kort en kernachtig uit te drukken. Soms komt animositeit voor onder de assistenten van één afdeling. Dit is bijzonder onaangenaam en onnodig. Sommigen denken, dat zij worden achtergesteld bij anderen, of bijvoorbeeld minder mogen opereren, of minder in de gunst vallen.

In de loop van de opleiding komt iedereen voldoende aan zijn trekken. Men moet ook niet trachten elkaar vliegen af te vangen. Als iemand eens handiger is of een betere beurt heeft gemaakt dan een ander moet dit in sportieve geest worden opgevat. Als iemand tegenslag heeft (wat iedereen beslist overkomt) moet dit geen aanleiding zijn tot leedvermaak of achterklap. Het is belangrijk elkaar wederzijds te steunen, te vertrouwen en een teamgeest te kweken.

HOOFDSTUK II

De zaal.

- Verpleging.
- Omgang met de patient.
- Zwijgplicht.
- Obductie.
- Injecties en transfusies.
- Co-assistent.
- Consulent.
- Infectie en infectiebestrijding.
- Status.
- Operatievoorbereiding.
- Visite.

Verpleging.

Verplegingsdienst en medische dienst vullen elkaar aan. Zij zijn beide even onmisbaar. De verpleegsters zijn geen dienstbodes, die bevelen in ontvangst hebben te nemen, maar medewerkers. Daar hun medische opleiding veel beperkter is dan die van de arts, missen zij voor veel maatregelen inzicht en begrip. Er moet dus veel en met veel geduld worden uitgelegd. Animo en kwaliteit van het werk zijn altijd groter als men weet waarom het gaat. Belangrijke verbandwisselingen, wondinspectie, het verwijderen van drains, tampons of hechtingen, het inbrengen van neussondes, van infusen en intraveneuze injecties zijn het werk van de arts, niet van de zuster.

Salicylaten zijn gevaarlijk bij antistollingstherapie. Voorschriften van: sulfapreparaten, antibiotica, antistollingsmiddelen, opiaten, atropine, buscopan, largactil, hypodermoclysen, intraveneuze infusen, is het werk van de arts. Zinklijmverbanden en andere belangrijke verbanden, evenals de rekverbanden, moeten door de arts persoonlijk worden aangelegd en mogen niet worden overgelaten aan de zuster. Wel is het belangrijk de zuster hierbij te hulp te vragen, zodat zij leert waarom het gaat en wat de specifieke moeilijkheden zijn. Overigens moet ieder arts steeds zijn ogen openhouden, want hij kan van vele zusters op het gebied van de verpleging heel veel, en zonder dat dit hoeft op te vallen, leren.

De aanvragen van röntgenonderzoek en laboratoriumbepalingen moeten volledig zijn ingevuld. Verwisselingen door onvolledig ingevulde briefjes zijn voorgekomen en hebben ernstige gevolgen gehad. Aanvragen voor röntgenfoto's worden nogal eens opgedragen aan de hoofdzuster of hoofdbroeder. Dit is onjuist. Op de aanvraag moet namelijk precies de opdracht staan wat moet worden gefotografeerd en meestal weet de hoofdzuster of hoofdbroeder dit niet precies, zodat verwarring bij de röntgenmeisjes kan voorkomen.

Bijzonder gevaarlijk is het voorkomen op zaal of op de afdeling van twee patienten met dezelfde naam (veel voorkomende namen als Visser, Jansen, etc., zijn op zichzelf al gevaarlijk). Ik heb door verwisselen van namen bij een intraveneus pyelogram (niet in ons ziekenhuis) een dodelijk ongeluk zien gebeuren.

Patient, Omgang.

Op zaal komt - door het massawerk - soms de humane omgang met de patient in het gedrang. De patient is nooit een geval, maar in de eerste plaats een mens en wel een mens in nood. Hij dient op hoffelijke wijze behandeld te worden, zelfs als hij lastig is. Onrust en lastigheid van de patient zijn overigens vaak een alarmteken van de ernst van zijn toestand. Een dergelijk alarmsein wordt wel eens niet herkend. De arts is dan geïrriteerd en maakt zich van de zaak af. Het is niet beleefd in een vuile jas rond te lopen, over het voeteneinde van het bed te leunen, op het bed te gaan zitten of met de handen in de zak te lopen of de patient te tutoyeren. Willen de medici een reputatie hooghouden, dan is - naast toewijding en uiterste zorg - vooral een correct optreden nodig. Zich kwaad maken is in het bijzijn van een patient bijna nooit te rechtvaardigen, al moet iemand een enkele maal wel eens op zijn nummer worden gezet. Kritiek op een broeder of zuster moet onder vier ogen worden gegeven. Desnoods lichte men het afdelingshoofd in, opdat hij de zaak kan bespreken. De engelsen hebben voor de omgang met patienten het onvertaalbare woord: "bedside manners".

De patient heeft uiteraard grote belangstelling voor zijn kwaal en volgt het gedrag en de opmerkingen van de zaalarts met grote oplettendheid. Hij kan gemakkelijk verkeerde en ook wel juiste (maar dan ongewenste) conclusies trekken uit onvoorzichtige en gedachtenloze gebaren en opmerkingen. Zelfs met zijn physionomie moet men voorzichtig zijn. Het is daarom verstandig zeer behoedzaam te zijn in zijn uitlatingen. In het algemeen dient men een houding van kalmte, zekerheid en geruststelling aan te nemen. Uitgebreide discussie en uiting van twijfel aan het bed van de patient is altijd verkeerd. Dit doet men elders, onder elkaar, desnoods buiten de zaal. De arts moet zijn zorg en twijfel voor zich weten te houden. De ziektegeschiedenis mag nooit onder het bereik van de patient komen, evenmin de foto's. Met inlichtingen en uitleg zij men zo sober mogelijk. Als een patient uitleg vraagt, vertelle men hem niet meer dan waarom hij precies vraagt. Meer wil hij meestal niet weten of hij kan niet meer begrijpen of verdragen. Op dit punt gelijkt hij ook een kind, dat men ook beter geen ongevraagde explicaties opdringt. Een patient heeft altijd recht op een eerlijk antwoord, maar dit moet op optimistische wijze worden gegeven.

Men draaie niet uit medelijden om de zaak heen, want dan moet men later op zijn woorden terugkomen, hetgeen het vertrouwen wegneemt. De enige uitzondering vormt een ongeneeslijke ziekte, met name kanker. Sommige patienten willen beslist de waarheid weten over het al of niet hopeloze van hun lijden, anderen weer vragen merkwaardigerwijze in het geheel niet, hoewel men de indruk heeft, dat zij het hopeloze van hun toestand wel degelijk inzien. Andere patienten trachten met een strikvraag in de zin van: "Ik weet, dat ik kanker heb - nietwaar dokter?" zekerheid te krijgen. De ervaring heeft geleerd, dat vrijwel niemand, misschien wel in het geheel niemand, het verdraagt te horen dat hij moet sterven. Men mag dit dus de patient nooit rechtstreeks zeggen. Hier geldt het oude adagium: opium et mentiri. Wel moet tijdig een geschikt familielid worden ingelicht.

Een stervende patient moet, zo enigszins mogelijk, worden geïsoleerd.

Altijd moet worden getracht obductie te verkrijgen, ook bij een schijnbaar duidelijke zaak. Dit geldt natuurlijk vooral bij een eventuele dood op de operatietafel. De ervaring leert, dat bij obductie herhaaldelijk onverwachte dingen worden gevonden. Voor het wetenschappelijk vastleggen van gegevens is obductie onmisbaar.

Wanneer een ziekte of een ongeval een langdurige behandeling zal vergen is het goed daarvan de patient meteen op de hoogte te brengen. Het is goed zich niet bindend vast te leggen over operatiedatum, opnameduur, prognose en nabehandeling. Men moet hierbij in het vage blijven. Wanneer men zich al te veel vastlegt moet men later weer op zijn woorden terugkomen. Een ingreep mag niet te zwaar worden afgeschilderd (dat is paniek zaaien) maar evenmin worden gebagatelliseerd. Nooit mag een patient worden overgehaald tot een operatie, indien hij daartegen belangrijke bezwaren blijkt te bezitten. Het is ook niet goed de naam van de operateur te noemen. De patienten hebben graag, dat zij geopereerd worden door de oudste man. Bij navraag kan men zich er altijd uit redden door te zeggen, dat de patient door verschillende mensen is geopereerd, waarbij dan de zaalassistent zelf ook aanwezig is geweest. Wanneer een patient voortijdig wil vertrekken is hij vrij te gaan. Een ziekenhuis is geen gevangenis.

Meestal verandert hij van mening wanneer men hem dat zegt en wanneer men hem voorstelt er n og eens eennachtje over te slapen. Verandert hij niet van mening dan is een getekende verklaring, dat hij tegen medisch advies en op eigen verantwoording vertrekt, noodzakelijk. De woorden "kanker", "carcinoom", tumor, neoplasma en metastase zijn verboden, ook als de patient ze zelf gebruikt. Wij behelpen ons met de schuilwoorden: mitose, zwelling en dergelijke.

De Zwijgplicht komt op zaal nogal eens in het gedrang. De patienten vertellen elkaar genoeg - vaak te veel - over hun aandoeningen, zodat de arts dit niet hoeft aan te vullen. Wel zal hij zo nu en dan iets tot zijn ware proporties moeten terugbrengen.

Er moet een vast tijdstip zijn, waarop de zaalarts zich beschikbaar stelt voor gesprekken met de familie. Ook hier dient men zeer sober en voorzichtig, maar wel eerlijk te zijn met inlichtingen. Men late zich vooral niet meeslepen in eventuele kritiek op andere artsen.

De huisarts heeft recht op alle hulp en inlichtingen, evenals vanzelfsprekend de controlerend arts van de G.G.D.

Het komt wel voor, dat de pers informaties wil inwinnen. Men ga hier niet op in, doch verwijze gegadigden eventueel naar de directeur-geneesheer. Ook schijnbaar eenvoudige inlichtingen, zoals de diagnose, zijn gevaarlijk.

Injecties en transfusies.

Voor transfusie op zaal is de zaalassistent geheel verantwoordelijk. Intraveneuze injecties, dient de zaalarts (dus niet de co-assistent) zelf te geven. De ampul dient hem tevoren getoond en in zijn bijzijn geopend te worden. Men late zich nooit (ook niet in haast) zo maar een spuit in handen geven. De verantwoordelijkheid hiervoor ebrsut weer uitsluitend bij de zaalarts. Men denke aan de maximaaldosis, speciaal bij kinderen. Intraveneuze injecties hebben vaak een andere dosering dan intramusculaire injecties van hetzelfde geneesmiddel. Bij twijfel moet de apotheek om advies worden gevraagd.

Co-assistent.

De zaalarts is verantwoordelijk voor het werk van de co-assistent, die bij hem is ingedeeld. Deze heeft nog weinig ervaring en moet in vele opzichten worden opgevoed. Zijn kennis wordt meestal overschat en de kennis, die hij al heeft, is zuiver theoretisch en dient aan het ziekbed tot leven te worden gebracht. Hij mag niet worden beschouwd als goedkope werkkracht, op wie men dingen afschuift. Wil het goed zijn, dan moet hij de assistent tijd kosten.

Consulent.

De consulent van een andere afdeling is altijd adviseur en niet meer dan dat. Daar de patient in de eerste plaats een chirurgische patient is, kan alleen de chirurg zijn toestand volledig overzien. Hij houdt de verantwoordelijkheid. Hij late zich de behandeling niet uit handen nemen door de consulent. Speciaal wanneer verschillende consulenten bij een patient geroepen zijn, dreigt het reële gevaar, dat het overzicht verloren gaat. Vele honden zijn der hazen dood. Gezamenlijk overleg met de consulent is natuurlijk altijd het beste. De consulent moet verzocht worden zijn advies in de status in te schrijven. De voorschriften van de consulent mogen niet klakkeloos worden aanvaard. In moeilijke gevallen moeten zij aan de chef de clinique of het hoofd worden voorgelegd. De adviezen mogen door de hoofdzuster ook niet worden opgevolgd zonder ruggespraak met de zaalarts. Een uitzondering moet worden gemaakt voor de acute consulten (meestal is de zaalarts hierbij tegenwoordig), verder voor digitaliseren en voor diabetesregeling. Bepalingen, die de consulent vraagt, mogen natuurlijk altijd worden gedaan zonder nader overleg. Andere geneesmiddelen (met name cortison, antibiotica e.d.), infusiotherapie en voeding per os vallen hier uitdrukkelijk buiten. Wanneer de problematiek van een patient meer op het gebied van een ander dan van het chirurgische specialisme komt te liggen moet de patient in principe worden overgeplaatst naar die andere afdeling. De chirurg wordt dan consulent, heeft geen directe verantwoordelijkheid meer, maar alleen adviserende taak.

Infectie.

Het besef van asepsis - één van de grootste ontdekkingen in de chirurgie, de ontdekking die eigenlijk de chirurgie pas heeft mogelijk gemaakt - is tegenwoordig verzwakt. Infectieuze en niet-infectieuze patienten worden helaas door elkaar verpleegd en geopereerd, hetgeen in flagrante strijd is met één van de basisprincipes van de chirurgie. Helaas is isolatie in ons ziekenhuis ruimtelijk een onmogelijkheid geworden. Eigenlijk is een infectieuze patient te beschouwen als een patient met een besmettelijke ziekte. Sommige tegenwoordige infectieuze patienten doen in gevaarlijkheid niet onder voor bijv. een typhuslijder, die ieder weldenkend arts zal isoleren. Een ernstig infectieuze patient moet dan ook zoveel mogelijk worden geïsoleerd. Medici zelf en verplegingsstaf zijn in hoofdzaak verantwoordelijk voor kruisinfecties. Het voorkomen van iatrogene besmetting is zeer belangrijk. Het overdreven gebruik, men mag langzamerhand wel zeggen misbruik, van antibiotica heeft het ontstaan van resistente en gevaarlijke bacteriestammen in de hand gewerkt.

Een eigen onderzoek op onze afdeling heeft ons er reeds toe gebracht onze houding te wijzigen bij de postoperatieve luchtweginfecties. Terwijl bijv. vroeger bijna alle postoperatieve luchtweginfecties automatisch behandeld werden met antibiotica, zijn wij er door ons onderzoek toe gekomen de antibiotische behandeling te beperken tot de ernstige luchtweginfecties. De lichte luchtweginfecties in de zin van mucopurulente tracheobronchitis, infecties dus zonder grove haardvormige afwijkingen, worden door ons met ouderwetse middelen als hoestdrank, ademgymnastiek enz. behandeld. Op onze afdeling geldt de regel, dat, wanneer men een antibioticum, anders dan penicilline, meent te moeten voorschrijven, in ieder geval van tevoren overleg moet worden gepleegd. Op deze wijze hopen wij het gebruik van antibiotica zoveel mogelijk te beperken. Alleen hiervan is op den duur succes te verwachten, in verband met de resistent geworden bacteriestammen. Daar de chirurg op geen enkele wijze zijn handen effectief kan ontsmetten, moet hij zorgen zijn handen niet te besmetten. Men kome daarom NOOIT met de blote hand aan een geïnfecteerde patient (niet alleen niet aan de wond - de bacteriën zijn altijd over de hele huid en zelfs over het hele bed verspreid). Het gebruik van handschoenen of een pincet is verplicht. Het is zaak ook te proberen dit aan de verplegende staf duidelijk te maken.

Status.

De status dient altijd volledig bijgehouden te zijn. Statusnummer en naam van de patient dienen op alle inlegvellen het eerst te worden ingeschreven. Eénmaal in de twee dagen een status bijschrijven is wel het minimum. Bij ernstige patienten moet men soms meermalen per dag de status bijschrijven. Dit is noodzakelijk omdat men later zich niet meer precies een waarneming kan herinneren. Bovendien moet men zich 's nachts en in het weekend bij complicaties onmiddellijk een volledig beeld van de patient kunnen vormen. Van groot belang is het bij belangrijke beslissingen het waarom van wel (of niet) handelen te vermelden. Het is een uitstekende gewoonte een tekening te maken van de eerste foto's van een fractuur. Men realiseert zich het fractuurtype dan beter. Men zal ervanen hoe moeilijk het is om een röntgenfoto op het papier juist over te brengen. Een status wordt voor een groot deel geschreven voor later. De na ons komende artsen (en patienten) trekken er vaak pas het volle profijt van. Heel het wetenschappelijk werk van een afdeling (en daarmee zijn reputatie en daarmee weer de reputatie van de afgeleverde specialisten) staat en valt met de kwaliteit van de ziektegeschiedenis. Men kan hieraan nooit genoeg zorg besteden. Dit is geen onvruchtbare arbeid, al rijpen de vruchten niet onmiddellijk, maar pas na lange tijd.

Degene, die een promotie schrijft of die om de één of andere reden vroegere statussen door moet werken, zal ervaren hoe vaak hij stuit op onvolledige gegevens en hoe irriterend het is wanneer men niet precies vindt wat men wil weten. In een heel enkel geval kan de status zelfs een juridisch bewijsstuk vormen.

Operatievoorbereiding.

In principe opereert men een patient niet de dag na opneming, ook niet bij kleinigheden. Een narcose is namelijk nooit een kleinigheid. Dit leidt vaak tot overhaast of onvolledig onderzoek, temeer, daar de opname meestal in de middag plaatsvindt. Bovendien wordt hiermee het laboratorium laat op de middag onnodig belast en dreigt het gevaar dat bepalingen buiten de routine om worden verricht. Routinebepalingen dienen zoveel mogelijk in het routine-werkschema van het laboratorium te kunnen worden opgenomen. Er moet toch al te veel laboratoriumwerk tussen de bedrijven door gebeuren. Ons laboratorium is chronisch overbelast. Speciaal bij buikoperaties is het nodig grondig te laxeren, hetgeen tijd kost. Een patient mag niet op de patientenbespreking worden gebracht voordat ALLE noodzakelijke gegevens en foto's beschikbaar zijn en meegebracht kunnen worden. Dit geldt zelfs voor de meest eenvoudige gegevens als haemoglobine en urine. Het onderhouden van een patient is onjuist en ontoelaatbaar. Dit leidt ertoe, dat het probleem niet geheel kan worden overzien en bovendien, dat op het laatste ogenblik operatieprogramma's gewijzigd en opnieuw ingedeeld moeten worden met alle gevolgen en onrust van dien. Voordat de patient op de patientenbespreking wordt gebracht dient hij met de hoofdassistent te zijn besproken, opdat deze zich een eigen oordeel over de kwestie kan en eventueel aanvullende onderzoekingen of correcties kan afspreken. Bloed voor een operatie van de volgende dag dient voor 4 uur 's middags te worden aangevraagd, opdat de kruisproeven in alle rust kunnen geschieden. Van de hier genoemde veiligheidsmaatregelen wordt onder geen enkele voorwaarde afgeweken, zelfs niet al zou dit extra opnamedagen kosten. De misvatting bestaat steeds, dat men een snelle patientendoorstroming moet bevorderen om veel te zien en veel te leren. Dit houdt het gevaar van oppervlakkigheid in. Er wordt veel meer geleerd van één patient, van wie de gehele problematiek goed doordacht en bestudeerd is en die met de uiterste zorg, aandacht en observatiekunst veilig door onderzoek, operatie en nabehandeling is heengeloodst, dan van 10 patienten met een zelfde aandoening, die vlug en gedachteloos zijn afgewerkt. Bovendien is de individuele patient en de volksgezondheid het meest gebaat bij de beste behandeling en de beste behandeling is eo ipso dan uiteindelijk altijd de kortste.

Voorts bedenke men dat een optimale voorbereiding de beste waarborg is om complicaties na de operatie te voorkomen. Het is dwaas dat nooit iemand zich druk maakt over extra verpleegdagen na de operatie, maar dat wel iedereen zich opwindt over een dag extra voorbereiding.

Als zaalassistent leeft men het meest met zijn patienten mee. Daar men een beperkt aantal patienten heeft is nog alles te overzien. Later is dit door het grote aantal patienten onmogelijk, en men zal merken, dat men dan minder bevrediging in zijn werk heeft. Men dient zich het lot van zijn patient persoonlijk aan te trekken en zich met hem te vereenzelvigen. Alleen hierdoor is het mogelijk die felle aandacht te verkrijgen, waarmee een patient moet worden geobserveerd. Observatiekunst moet op zaal worden geleerd. Het is een zeer moeilijke kunst, die ook maar weinigen werkelijk verstaan. Observeren is zich geheel open stellen voor de verschijnselen, die de patient openbaart. Observeren is zo lang vragend kijken tot de stomme verschijnselen uit zichzelf beginnen te spreken. In het algemeen observeren wij niet, doch interpreteren wij. Wij zien, ook in het dagelijkse leven, niet onbevooroordeeld. Wij zien - zoals iemand eens gezegd heeft - als het ware door het prisma van onze gedachten. Dat wil zeggen, dat wij door ons gelijktijdig denken onze observatie in een bepaalde richting dwingen. Observeren is op een neutrale wijze kijken, niet echter passief kijken. Observeren is denkend kijken, voortdurend zich de inwendige wond voor ogen houdend, zowel macroscopisch, als histologisch, als functioneel, steeds overwegend, welke patho-fysiologische processen zich plaatselijk en algemeen afspelen, in onophoudelijke twijfel over eigen waarneming en interpretatie. Wanneer men het ene ogenblik denkt: "Het is zus of zo", moet de eerstvolgende gedachte zijn: "Zou het inderdaad wel zus of zo zijn?". Systematische twijfel is de bron van alle kennis - zegt een Perzisch spreekwoord. Postoperatief is het vooral van belang te letten op de temperatuur, pols en op de drie kardinale levensprocessen en regulerings-systemen; circulatie, respiratie en nierfunctie (urineproductie). Wanneer een patient terugkomt van de operatiekamer dient hij vergezeld te zijn van een door de anaesthesist ingevulde postoperatieve lijst. De permanente postoperatieve controle is van het allergrootste belang voor het voorkomen van complicaties. Een patient, die een grote operatie heeft ondergaan, mag gedurende de eerste dag vrijwel geen ogenblik uit het oog worden verloren.

Als het geen drukverband betreft en geen verband met een drain wordt in principe 24 uur na de operatie het wondverband verwijderd. De wond wordt gewoon droog en onbedekt gelaten, EN IEDERE DAG GEINSPECTEERD (dit is de bedoeling van het verwijderen van het verband). Bij Redon-drainage kan het verband eveneens worden afgenomen. Zusters en broeders hebben altijd de neiging wonden en patienten liefderijk toe te dekken. Men geve aan deze neiging niet toe, maar bekijke bij iedere visite de patient bij wijze van spreken spijkernaakt.

Bij een complicatie is de allereerste gedachte van een chirurg altijd aan de wond, niet alleen de huidwond, maar vooral ook de inwendige wond. Bij een complicatie denke men nooit: "Het zal zo'n vaart niet lopen". Onmiddellijk wordt er met alle middelen naar gestreefd tot een diagnose te komen, terwijl daarna meteen na overleg strenge maatregelen worden genomen, bijv. onmiddellijk staken van alle voeding per os, het inbrengen van een neussonde, het aanleggen van een infuus, het inroepen van een consult. De ervaring leert, dat men vaak niet doordrongen is van de haast, die is geboden wanneer er een complicatie optreedt. Men late de complicatie geen tijd zich voluit te ontwikkelen, maar probeer haar onmiddellijk de kop in te drukken. Men late hierover niet uren heengaan, omdat er nog geopereerd moet worden of omdat men met de polikliniek moet beginnen. Desnoods wacht de polikliniek en desnoods gaat een geplande operatie helemaal niet door. Hiervoor zijn altijd maatregelen te treffen. De hechtingen worden bij laparotomieën op de tiende dag verwijderd. Bij recidiefwonden blijven zij 3 weken zitten. De enige uitzonderingen vormen: appendectomie en breukoperaties (6de dag). Bij een operatie aan het gelaat kan de helft van de hechtingen in het algemeen na 3 dagen, de rest na 5 dagen worden verwijderd. Hechtingen aan de extremiteiten na osteosynthese blijven in het algemeen zitten tot de tijd van de eerste gipswisseling, d.w.z. meestal 2 weken. Voor de struma gelden aparte regels.

Grote Visite.

De grote visite wordt meegelopen door hoofdassistent, assistent en co-assistent. De grote visite begint onveranderlijk precies op tijd. De zusters op zaal rekenen op onze komst en het uur van visite is in overleg met hen vastgesteld. Van tevoren dient de zaalassistent zich op de hoogte te stellen van de laatste ontwikkelingen en van tevoren dienen de benodigde röntgenfoto's te zijn uitgezocht en klaargelegd.

De visite wordt in voortvarend tempo afgelegd. Van iedere patient worden alleen naam en diagnose gezegd. De discussie - die altijd vervelend is voor de patient - blijve tot het uiterste beperkt. De anderen luisteren mee, denken en zwijgen. Het meeslenteren onder min of meer luide discussies over allerlei problemen is hoogst ongepast en storend. Het maakt de indruk, dat men niet geïnteresseerd is in de patienten. Bovendien mist men juist het probleem van de bezochte patient, waarom het tenslotte gaat. Wanneer alle assistenten en co-assistenten de visite actief meemaken is eenieder voortdurend op de hoogte van de problematiek in de kliniek. Dit komt niet alleen de eigen opleiding ten goede, maar maakt, dat men, ook in de dienst, min of meer op de hoogte is van alle bijzondere gevallen.

Het gelijktijdig onderzoek van een patient door verschillende artsen is onjuist. Het hindert de patient, verstoort de intimiteit van het onderzoek en van de verhouding arts-patient, terwijl het de onderzoeker bovendien nog afleidt. Zelfs het gelijktijdig ausculteren is verkeerd en hinderlijk. Als men ook wil onderzoeken, doe men dit na elkaar en niet dan na met een enkel woord de patient om toestemming te hebben gevraagd.

HOOFDSTUK III

Patienten-bespreking.

De hoogleraren, de lectoren, soms ook de chef de clinique of de hoofdassistent, wijst patienten aan voor de patientenbespreking.

Op de patienten-bespreking komt een aantal patienten ter sprake van wie moet worden beslist of zij al of niet een operatie moeten ondergaan en voorts diegenen, bij wie zich in de loop van de behandeling een ernstig probleem voordoet. Op deze bespreking wordt de patient eerst voorgesteld, wanneer het onderzoek naar het oordeel van zaal-assistent en hoofd-assistent geheel en tot in alle details volledig is. De hoofdassistent dient ook iedere patient, die op de patienten-bespreking komt, van tevoren grondig persoonlijk te hebben gezien, en met de assistent te hebben besproken. Men stelde de hoofdassistent dus niet op het laatste ogenblik op de hoogte van het op de patientenbespreking brengen van een patient. Hij heeft dan niet de gelegenheid zich rustig een oordeel te vormen en men loopt de kans, dat dingen vergeten zijn en het onderzoek onvolledig is en de patient dus op de patienten-bespreking wordt afgewezen. Wanneer alle gegevens aldus verzameld zijn, heeft daarmee de gezamenlijke staf van anaesthesisten, chirurgen, röntgenologen en consultants de beschikking over alle bijzonderheden, die voor een weloverwogen oordeel noodzakelijk zijn. Men zie in dit verband ook naar de alinea operatievoorbereiding in het hoofdstuk over de zaal.

De besprekingen dienen een tweeledig doel. In de eerste plaats beschermen zij de patient. Iedere patient heeft de zekerheid, dat zijn problematiek door de voltallige staf wordt besproken en dat in gezamenlijk overleg over zijn lot wordt beslist. Hierbij kan ieder staflid, en ook de co-assistent, zijn mening kenbaar maken. Openbare behandeling vereist gedegen voorbereiding. Overhaaste besluitvorming en oordelen zonder volledig onderzoek worden daarmee voorkomen. Bovendien is ieder staflid van tevoren op de hoogte van de specifieke moeilijkheden, die bij een bepaalde patient dreigen. Verrassingen en onverwachte situaties worden daardoor tot een minimum beperkt. In de tweede en niet de minste plaats dient de patientenbespreking de toekomstige specialist in opleiding. Hij leert patienten uit de gehele kliniek kennen. Hij wordt genoodzaakt het essentiële probleem van zijn eigen patient in enkele hoofdlijnen te schetsen en voor ieder begrijpelijk te maken. Hij leert, wanneer het niet zijn eigen patient betreft, in weinig ogenblikken voor en tegen afwegen en een standpunt vormen, formuleren en verdedigen, kortom, hij leert besluitvaardigheid. Hij leert vooruitzien, een plan de campagne opstellen en de strategische en tactische lijnen uitzetten, waarlangs dit plan moet worden uitgevoerd.

Hij leert voor alles de indicatie-stelling - de grote kunst in de chirurgie.

De chirurg is meer een man van daden dan van woorden. Hem dreigt daarom speciaal het gevaar te veel te doen en te weinig te denken. Op de patientenbespreking wordt juist het chirurgisch denken geleerd. Later zal blijken, dat hier de basis ligt van de opleiding.

De patientenbespreking moet worden gezien als een soort gezamenlijk gespeeld spel (in de ernstige betekenis van Huizinga's homo ludens), met het welzijn van de patient als inzet. De uitkomst van dit spel is van tevoren vaak waarschijnlijk, maar nooit zeker. Ieder moet naar eigen kracht aan dit "spel" bijdragen en zich aan de spelregels houden. Ook de minst ervaren is een belangrijk deelnemer. Daar hij nog het minst aan bepaalde chirurgische denkwijzen is gebonden, zorgt hij soms voor een originele gedachte of een onvermoede wending. Men moet daarom niet denken pas na enkele jaren opeens te kunnen meedoen. Alleen door steeds weer te proberen argumenten pro- en contra- te verzinnen leert men de kunst en wordt de discussie op den duur fijner, subtieler, meer gedifferentieerd. Wel moet de discussie sober worden gehouden en niet ontaarden in vrije associatie. Het voordragen moet schriftelijk worden voorbereid.

De patient moet op de patientenbespreking uit het hoofd worden voorgedragen. Alleen als men dit kan heeft men zich de hele problematiek eigen gemaakt. Hierbij dient de volgende volgorde steeds in acht te worden genomen:

De patient komt voor: (hier in het kort het hoofdprobleem met een enkel woord aangegeven)

Naam en leeftijd (vooral de leeftijd onmiddellijk noemen; dit situeert de patient)

Anamnese

Lichamelijk onderzoek, de afwijking betreffend

Laboratoriumgegevens

Röntgenfoto's

Conclusie - diagnose

Voorgestelde therapie

Korte samenvatting algemene toestand en eventuele contra-indicaties.

Bij dit laatste gaat het vooral om de toestand van hart, longen en nieren.

De belangrijke röntgenfoto's dienen vantevoren te worden uitgezocht en opzijgelegd. Het is uiterst vervelend en tijdrovend wanneer men op de patientenbespreking nog in een hele stapel foto's moet zoeken. Steeds moeten alle gegevens (ook oude statussen en foto's) worden meegebracht.

Een voor de bespreking aangewezen patient mag dus niet op het operatie-programma komen voordat hij op de bespreking is geweest.

HOOFDSTUK IV.

Operatie.

Iedere operatie - ook de kleinste - is een gewelddadige ingreep, waarbij in wezen het leven van de patient op het spel staat. NOOIT is te voorzien welke complicaties zich plotseling voordoen en het is daarom ALTIJD geboden de uiterste voorzorg in acht te nemen. Voorkomen is ook hier gemakkelijker dan genezen. In het licht hiervan moeten de volgende punten worden gezien.

Assistentie: De zaal-assistent dient altijd mee te assisteren. Hij is immers degene, die de patient en zijn aandoening het beste kent. Wanneer zijn ervaring het toelaat verricht hij de operatie zelf. Wanneer hij om één of andere reden bij uitzondering verhinderd is zelf mee te opereren, dient de operateur bijzonder op zijn hoede te zijn voor vergissingen.

Er is een vaste assistentenverdeling rond de operatietafel, waarbij altijd de ancienniteit in acht wordt genomen. De eerste assistent staat tegenover de operateur, de tweede assistent naast de operateur, aan het hoofdeind van de tafel.

De operateur opereert, de anderen opereren niet mee, maar assisteren. Vaak meent de assistent, dat het assisteren (zeker de tweede assistent) niet anders is dan aan de haken hangen. Dit is een misvatting. De jongste assistent heeft als zeer belangrijke taak steeds de wond goed open te houden en goed zicht te verschaffen. Zonder goed zicht is opereren onmogelijk. Vaak ziet men, dat assistenten zich niet kunnen concentreren. Zij kijken rond, inplaats van in de wond te kijken. Iemand, die goed wil opereren (en assisteren) kan (evenmin als de chauffeur van de weg) geen seconde van de wond weggijken. De grote moeilijkheid van het assisteren is, dat men moet leren kijken met andermans ogen, namelijk die van de operateur, en dat men de wond zo moet leggen en presenteren, dat de operateur het gemakkelijk heeft. Een goede assistent (evenals een goede operatiezuster) is de operateur met zijn gedachten en handelingen altijd iets vooruit. Hij doet al wat de operateur denkt. Wanneer men veel samen opereert volgens een vast schema ontstaat een soort gemeenschappelijk denkfluidum. Het zal blijken, dat alle mensen rond de operatietafel op bepaalde momenten dan hetzelfde denken en min of meer onbewust gecoördineerd gaan handelen. Dit is een zeer bijzondere ervaring en m.i. de hoogste vorm van teamgeest. Het is een buitengewoon genoeg en bevrediging wanneer zich een operatie op deze wijze volmaakt harmonisch voltrekt.

Tijdens het opereren (ook tijdens het wassen vooraf) wordt zoveel mogelijk gezwegen. Er wordt in wasruimte en operatiekamer onnodig veel gekletst. Dit leidt af en brengt infectiegevaar met zich mee. Het gebruik van het masker (ook voor de neus) is in de operatiekamer steeds verplicht, ook als men alleen maar even komt kijken. Onnodig lopen, onnodig praten, hard lopen en lawaai maken zijn in een operatiekamer ongewenst, wegens de rust en het infectiegevaar.

Er is een vast operatie-ritueel, waaraan bij iedere routine-operatie onveranderd wordt vastgehouden. Hierdoor worden veiligheid, snelheid en efficiency van het werk bevorderd en weet ieder wat hem op een bepaald ogenblik te doen staat. Het voordeel van een ritueel is bovendien, dat het geestelijke energie spaart, die voor de beslissingen gereserveerd moet blijven.

De oudst-aanwezige heeft de uiteindelijke verantwoordelijkheid en het laatste woord.

De zaal- (of eerste-) assistent vraagt zich steeds (het best de dag tevoren) af of bepaalde instrumenten of voorzieningen nodig zijn. Hierdoor leert hij vooruit denken en vooruit "plannen". Hij dient zich eveneens op de operatie voor te bereiden, omdat hij in een noodgeval deze operatie moet kunnen overnemen. Het is meermalen voorgevallen, dat de operateur plotseling uitviel, en wanneer de eerste assistent zich niet voldoende heeft voorbereid is het hem onmogelijk de situatie te redden. Bij moeilijke en zelden voorkomende operaties notere men de voorbereidingen in het eigen medische boekje.

Nooit mag met een operatie worden begonnen voordat iedere assistent aanwezig is en zijn plaats heeft ingenomen. Ook mag niet worden begonnen voor de anaesthesist geheel klaar is (o.a. met het aanleggen van infuus en bloeddrukmeter) en voordat uitdrukkelijk zijn toestemming is gevraagd. De anaesthesist beschermt als het ware de patient, tegen de aanvallende partij, i.c. de chirurg.

Voor de operatie dienen altijd de noodzakelijke röntgenfoto's te worden opgehangen.

Links-rechts verwisselingen en bijv. verwisseling van een te opereren vinger of teen zijn berucht.

Tijdens de operatie bemoeien de operateur en de assistenten zich niet met anaesthesist, infuus of transfusie. De narcotiseur heeft hiervoor de verantwoording. Wanneer er tijdens de operatie moeilijkheden zijn met de narcose, dient de operatie in principe te worden gestaakt en volledig te worden gewacht tot de narcotiseur toestemming geeft tot verder opereren.

Men late zich onder een operatie door niemand - wie dan ook - storen. Hiermee wordt ten eerste de geopereerde patient in gevaar gebracht. Ten tweede kan men - verdiept in een operatie - nooit plotseling een juist antwoord geven op een geheel ander probleem. Daarmee is er dus kans, dat ook nog een andere patient in gevaar wordt gebracht. Bij acute moeilijkheden op de afdeling dient een niet-opererend assistent te worden gezocht. Is ieder bezig met operaties, dan worde spoedconsult van een internist aangevraagd. Ook voor aandrang van eerste hulp of opname, die even foto's wil laten komen kijken, zwichte men in geen geval.

Er mag NOOIT een klein gaasje los op de patient liggen, ook niet bij bijv. een subcutane proefexcisie. Alleen door er een vaste gewoonte van te maken, ieder gaasje na gebruik onmiddellijk weg te werpen (en niet terug te leggen op de tafel van de zuster), kan men de patient en zichzelf (ook juridisch) effectief beschermen tegen het achterlaten van vreemde voorwerpen. Hetzelfde geldt voor losse instrumenten. Deze moeten, wanneer zij niet gebruikt worden, op de instrumententafel worden teruggelegd. Grote gazen moeten altijd van een klem worden voorzien. Als dit bij verzinken in de buik een enkele maal niet mogelijk is, moeten zij samen met de operatiezuster hardop worden geteld.

Bij een accidentele grote bloeding in de operatiewond, die men niet snel kan beheersen, late men zich niet verleiden tot vertwijfelde manipulaties of het blind zetten van klemmen. Dit laatste is bijzonder gevaarlijk. Een grote tampon, die stevig wordt aangedrukt gehouden, is in staat iedere bloeding tijdelijk te stelpen, daarna wordt meer ervaren hulp ingeroepen.

Het overkomt zelfs de beste assistent soms, dat hij bij een operatie zich op een bepaald ogenblik niet meer weet te redden. Het komt ook voor, dat men in de weefsels verdwaalt. Men genere zich nooit om dan om hulp te vragen.

Wanneer kinderen (tot 21 jaar) moeten worden geopereerd, denke men aan toestemming van de ouders. Dit mag alleen in onmiddellijk levensgevaar, wanneer de ouders niet bereikbaar zijn, worden nagelaten. Rooms-katholieke patienten moeten voor een ernstige ingreep worden bediend. Dit wordt vaak vergeten.

Nooit mag worden begonnen met een operatie voordat de praemedicatie zij volle tijd heeft gehad. 's Nachts bestaat wel eens neiging hiermee te transigeren.

Het prae-operatief inbrengen van neussondes is bij een acute patient het werk van de arts, i.v.m. braakneiging en aspiratiegevaar.

De zaal-assistent schrijve na de operatie alle briefjes en drage de patient persoonlijk met alle voorschriften over aan de zaal- (of recovery-) zuster. Het operatieverslag moet onmiddellijk na de operatie worden geschreven en 's nachts onmiddellijk worden ingeschreven (das niet de volgende ochtend).

Een plotselinge hartstilstand bij inleiding en tijdens operatie verifiëre men onmiddellijk door in de buik naar de aorta te voelen, of (wanneer de buikholte niet geopend is) de arteria femoralis te palperen. De anaesthesist kan naar de arteria carotis voelen of de stethoscoop op het hart zetten. Voelen naar de hartstoot in de buik onder het linker diafragma is ook effectief. Wanneer de hartstilstand geverifiëerd is, late men de wond voor wat zij is en doe onmiddellijk gesloten hartmassage. Helpt dit niet in enkele ogenblikken dan doe men zonder joderen en zonder liggingswisseling thoracotomie in de 4de of 5de intercostaalruimte links. Als de oxygenatie is hersteld door hartmassage intubeert de anaesthesist wanneer dit nog niet het geval was. Men passe op met insnijden van het pericard, dat men niet in het uitgezette hart (waar het pericard danstrak omheen zit) zelf snijdt. Men kan ook beginnen te masseren bij gesloten pericard. Massage dient met de volle hand, betrekkelijk langzaam te geschieden (niet meer dan 40 tot 60 slagen per minuut), waarbij men er vooral op moet letten, dat het hart kans heeft zich in de diastole te vullen. Men massere dus niét met duim en vinger-toppen, doch met duimmuis en handpalm. Op een hartstilstand moet men altijd verdacht zijn, juist ook bij de inleiding als de assistenten nog aan het wassen zijn. Het is daarom een uitstekende gewoonte tijdens de inleiding voortdurende de pols te controleren. Irreparabele decerebratie dreigt reeds na 4 minuten onderbreken van de hersencirculatie. Van deze 4 minuten is meestal reeds het grootste deel verstreken voor men is gealarmeerd en voor de diagnose vaststaat. Resuscitatie heeft alleen kans op succes bij zeer snelle actie. Wanneer hij overtuigd is van plotselinge hartstilstand, mag en moet zelfs de jongste assistent, als hij alleen aanwezig is, thoracotomie doen.

Opereren is niet het belangrijkste onderdeel van de chirurgie. De operatie is een phase in de behandeling van de chirurgische patient. De buitenstaander - en ook degen die assistent wil worden en zelfs de

assistent in opleiding - meent, dat de chirurg iemand is, die kan opereren. Men verwacht daarbij de begrippen operateur en chirurg. Vele voortreffelijke operateurs worden bij wijze van spreken nooit een goed chirurg. De pur sang operateur verricht uiteindelijk niet meer dan een technische prestatie. Hij is eigenlijk niet meer dan een monteur, zij het van een zeer edele machine. Hij is de man, die het slachtoffer en de uitvoerder en dus de afhankelijke wordt van andere artsen, die de indicatie stellen en eventueel zelfs de patient voor- en nabehandelen. Daarmee is in feite de situatie hersteld, die in vroeger eeuwen heerste tussen de medicinae doctor en de barbier. De ware heilkundigen hebben dit standpunt nooit kunnen aanvaarden. Dank zij geweldige inspanning en eminente ontdekkingen hebben de chirurgen van vroeger zich aan de positie van aannemer van werken kunnen ontworstelen. Men moet de chirurg niet zien als aannemer, maar als architect, als bouwmeester. Hij ontwerpt het bouwplan van de genezing. Daarnaast voert hij het bouwplan dan nog eigenhandig uit. Hier komt de overeenkomst met de kunstenaar naar voren. De arts is als de kunstenaar een scheppend denker en tegelijkertijd zelf vormgever. Het heeft zeer lang geduurd voordat dit inzicht is gerijpt ten opzichte van de chirurg. Vroeger stelde men zich ook tevreden met de technische prestatie. De operatie was geslaagd - de patient overleden; zo heette het toen. Degeen die het snelst opereerde en de grootste stukken wegnam werd het hoogst gewaardeerd. Vroeger was het ook zo, dat men maar moest afwachten wat een operatie voor resultaat bracht. De chirurg leek in dit opzicht in enigmatische mate op de landman. Deze zaaide en pootte en kon daarna niet veel anders doen dan passief afwachten en hoogstens Gods zegen afsmeaken over de oogst. Hij moest machteloos toezien hoe storm en natuurrampen (thrombose, embolie, infectie, bloeding, disregulaties in vochtbalans) zijn werk en inspanningen teniet deden. Dit was vaak zeer deprimerend. Nu trachten wij de patient met zorgvuldige en doordachte voorbehandeling, indicatiestelling, operatiekeuze en -techniek, nabehandeling en revalidatie door een reeks van moeilijke en gevaarlijke situaties veilig heen te loodsen. Ons doel is niet meer het overleven van een operatie, maar niet minder dan het volledige functionele herstel. Wij laten de patient niet meer los voordat zowel gezondheid als validiteit volledig zijn hersteld. Met minder zijn wij tegenwoordig niet meer tevreden. En zo er al geen 100% meer uit een patient is te halen, dan zullen wij er bij wijze van spreken trachten 99% uit te halen. Daarmee is de chirurgie geworden een zeer bijzondere vorm van physiologie op lange termijn. Men kan het betreuren of niet: de tijd van de conquistadores is voorbij.

Nu iets over de operatietechniek. Voor de meeste ingrepen bestaan standaard-operaties, die precies zijn uitgedacht en getoetst aan de praktijk. Deze technieken zijn zo uitgekend, dat daardoor het gewenste resultaat zo snel mogelijk, zo zeker mogelijk en ten koste van zo weinig mogelijk trauma wordt bereikt.

Men pioniere niet op eigen houtje en neme niet de houding aan: "Ik red me wel, ik kom er wel uit, ik zie wel als ik bezig ben". Dat leidt tot de techniek van zekere moderne schilder, die op de vraag: "Hoe schildert U?", antwoordde: "Ik rotzooi maar wat an". In de kleine traumatologie bestaat dit gevaar, juist omdat men alleen werkt, zeer reëel.

Er bestaan voor talrijke ingrepen bepaalde toegangswegen. De incisies daarvoor zijn precies uitgedokterd en liggen bijv. tussen bepaalde vaste punten. Wijkt men ook maar enkele millimeters van de juiste lijn af, dan heeft men kans niet op de goede plaats in de onderliggende laag terecht te komen en de weg kwijt te raken. Vaak moet men bijv. bij een extremiteit tu tussen 2 bepaalde spieren door gaan, moet men die bepaalde zenuw naar links en die bepaalde arterie naar rechts houden. Een veel gemaakte fout is het te krap afdekken. Om een incisie goed te kunnen leggen, moet men een vrij groot veld met een aantal vaste punten voor ogen hebben. Wil men zo krap mogelijk afdekken - waarvoor iets valt te zeggen - dan moet men vóór het afdekken de incisie precies aangeven met inkt (zoals bijv. de neurochirurgen en plastische chirurgen doen).

Als men zich niet precies aan deze regels houdt is het meestal alleen ten koste van veel traumatiseren mogelijk de bedoelde plaats te bereiken.

Een feilloze kennis van de anatomie - vooral de topografische anatomie - is voor iedere operatie onontbeerlijk. Men moet steeds weer voor iedere ingreep, die niet dagelijks gebeurt, de anatomie van tevoren grondig bestuderen (ook als assistent, anders heeft men niets aan het assisteren)

De anatomie is, met de physiologie en de pathologie, één van de drie hoofdpeilers van de chirurgie.

Zekerheid in de anatomie betekent ook doelbewust opereren en voorkomt onnodig zoeken. Snelheid is in de chirurgie van minder belang geworden dan vroeger. De gebrekkige narcose maakte, dat men eertijds snel moest opereren. Velen zijn trots op hun snelheid. Dit is bepaald kinderachtige ijdelheid. Snelheid is nooit een goed op zichzelf. (Eén van de moderne geestdwalingen - zie Huizinga's "In de schaduw van morgen"). Snelheid is alleen goed wanneer het dient tot een goed doel. En meestal gaat snelheid gepaard met onnodig trauma. De goede operateur gelijkt op een taxichauffeur. Hij dient zijn patient (of cliënt) in de kortst mogelijke tijd op zijn plaats van bestemming te brengen zonder ongelukken te veroorzaken (CUSHING).

Bij het opereren is niet snelheid van belang, maar de z.g. "eenparige beweging" (Schoemaker), d.w.z. de operatie is één vloeiende, nooit onderbroken, reeks van handelingen, die zich nu eens versneld, waar dit mogelijk, dan weer verlangzaamt waar dit nodig is, de ware betekenis van het woord "tempo" - zoals dat ook in de muziek wordt gebruikt.

Men zal leren zien, dat snelheid vanzelf ontstaat door doelbewust opereren en het nalaten van iedere onnodige beweging en handeling. Onervarenen doen tienmaal teveel, vegen een paar keer als één keer voldoende is, grijpen enige malen mis naar een draad, werken nu eens hier, dan weer daar, opereren zonder systeem. Goede assistentie is ook een enorme factor in de snelheid.

Men moet nu ook weer niet denken, dat langzaam opereren het ware is. Hierdoor duurt de narcose onnodig lang en worden de weefsels onnodig lang aan een onphysiologische toestand blootgesteld (koude, bloedverlies, trekken). De juiste oplossing is een combinatie van snel en tegelijkertijd atraumatisch opereren.

Atraumatisch opereren is van geweldig belang. Iedere operatie betekent een patient traumatiseren, d.w.z. verwonden. Wij realiseren ons dit te weinig. Omdat door de narcose de reflexen onderdrukt zijn, wil dit nog niet zeggen, dat zij er niet zijn. Wij zien ze alleen niet. De beloning voor atraumatisch opereren is een ongestoord postoperatief verloop. De chirurgen, die altijd moeilijkheden en complicaties hebben in het wondverloop, hebben dit meestal alleen aan zichzelf te wijten. Het zijn traumatiserend opererende chirurgen, en het zijn chirurgen, die hun patienten niet optimaal hebben voorbereid.

Hier moet de z.g. "maladie postopératoire" naar voren worden gebracht. Het is één van de geniale denkbeelden van Leriche geweest, dat hij heeft ingezien, dat de operatie, als bewust toegebracht trauma, een min of meer typische posttraumatische reactie teweeg brengt. Deze reactie wordt gekenmerkt door locale (oedeem, stasis, passieve, later actieve hyperaemie, steriele ontsteking, afbraak, resorptie en opbouw) en algemene (koorts, verschuivingen in vocht- en electrolytenbalans, katabole en anabole phase, oligurie, later diuresis, stress-syndroom etc.) verschijnselen. De formulering: "Maladie postopératoire" is geniaal gevonden. Het is een iatrogene ziekte. Wij chirurgen zijn zelf aanstichters van deze "maladie postopératoire".

Hoe minder trauma wij toebrengen, hoe beter wij de patient tevoren uitbalanceren, en hoe handiger wij de evenwichtsverstoringen postoperatief opvangen, hoe minder erg de "maladie postopératoire". Hoe meer wij ons de subtiliteit en de complexiteit van de levensprocessen en weefselprocessen realiseren, hoe beter wij beseffen, dat wij met onze operaties in de weefsels huishouden als een olifant in de porseleinkast of als de reus in het land van de dwergen.

In dit verband moet men bijv. het nauwkeurig aanvullen van het bloedverlies bij een operatie zien. Het gaat niet aan de patient van tafel te sturen met een achterstand in het circulerend bloedvolumen van enkele honderden cc's bloed. Dit roept een heel complex van reactiemechanismen op,

met geweldige verschuivingen in de vochthuishouding, hetgeen een gezonde zonder moeite zal opbrengen, maar wat een getraumatiseerde mogelijk juist niet opbrengt. Juist als na een operatie ontwikkelt zich na een trauma een "maladie post-traumatique". Men moet de te verwachten complicaties vóór zijn. Iemand, die pas na 4 dagen merkt, dat een patient met een gebroken bovenbeen een anaemie heeft, loopt achter de feiten aan. Hij heeft de patient de kans gegeven tot een ernstig déraillement. Wij weten, dat een dergelijke patient altijd een groot bloedverlies (vaak een liter) in het been heeft en wij moeten terugtransfunderen, voordat alle reactiemechanismen op het verminderd circulerend bloedvolumen in actie zijn gekomen, d.w.z. binnen enkele uren na het ongeval. Wanneer men een dergelijk ernstig déraillement zich laat ontwikkelen, dan bestaat er kans, dat een andere complicatie optreedt, die bij onmiddellijke correctie niet zou zijn voorgekomen.

De vergelijking met chaufferen dringt zich weer op. De beste chauffeur is niet de duivelskunstenaar, die zich met kunst en vliegwerk steeds weer uit moeilijke situaties redt, de beste chauffeur is degeen, die de gecompliceerde situaties voorziet, voorkomt of vermijdt.

Complicaties in de chirurgie zijn er niet om bestreden te worden, maar om vermeden te worden.

Deze tendens kenmerkt tegenwoordig de gehele geneeskunde: wij gaan van de curatieve geneeskunde naar de preventieve geneeskunde.

Hier dient nog iets gezegd te worden over de techniek van het verbinden en van het gipsen. Velen menen, dat verbinden gemakkelijk en eenvoudig is en dat het niet systematisch hoeft te worden geleerd. Dit is een vergissing. Een goed verband leggen is een hele kunst. Onder een goed verband verstaan wij een verband, dat aan zijn doel beantwoordt en vooral een verband, dat blijft zitten. Een patient heeft gauw in de gaten of zijn dokter kan verbinden of niet. Geen slechtere reclame dan een slecht zittend verband. Wij onderscheiden verschillende soorten verbanden, n.l. immobiliserend verband (ten onrechte vaak genoemd drukverband), drukverband, wondverband. Het drukverband bestaat uit een ruime hoeveelheid vette watten, die beiderzijds uit het verband moet steken. Het drukverband zelf wordt gelegd met ofwel een elastische zwachtel ofwel een tricot zwachtel. Het is de bedoeling, dat er een elastische druk wordt uitgeoefend. Dit kan nooit met hydrophilgaas of cambric zwachtel gebeuren. Cambric zwachtel kan men gebruiken voor immobiliserende verbanden. Het wondverband wordt onderscheiden in een droog beschermend verband en een opslorpend verband, dit laatste wanneer er een drain is of wondresectie. Het droge wondverband is eigenlijk onnodig. Een droge, onder aseptische condities gemaakte of gehechte wond heeft geen verband van node. Ik herinner aan de uitdrukking: "Geen verband is het beste verband".

De nadelen van dit verband zijn, dat het het zicht op de wond belemmert, en dat het broeit. De normale huid is het beste aan de buitenlucht blootgesteld. Het droge verband zou eigenlijk alleen een psychische functie hebben. Patientten blijken echter heel gemakkelijk te wennen aan het zien van hun hechtingen. Dit is zelfs het geval bij kinderen. Wij laten dus in het algemeen na steriele operaties het verband niet langer dan 24 uur zitten, tenzij er wondsecretie of een drain is. Deze 24 uur zijn bedoeld om een licht sijpelen van bloed uit de verse wond op te vangen. Daarna wordt het verband verwijderd en de wond gewoon blootgelaten, zodat hij dagelijks kan worden geïnspecteerd. Voor de techniek van het verbinden bestaan vaste regels. Vroeger werd hieraan meer aandacht besteed dan tegenwoordig. Goed zittende verbanden zijn reeds lang bekend en nauwkeurig uitgedacht. Men moet niet denken het op eigen houtje ook wel te kunnen. Belangrijk is, dat men een goed zittend verband kan maken voor: een vinger, een elleboog (testudo cubiti), een schouder (spica humeri), een teen, een knie (testudo genu), een heup (spica inguinalis of spica trochanterica), het hoofd, het oog, het oor, de mamma, verder zijn van belang, dat men met behulp van een driekante doek kan inwikkelen: hoofd, de grote gewrichten, voet en hand.

Voor het gipsen geldt hetzelfde. Gipsen is moeilijk en er zijn maar weinig personen, die werkelijk goed kunnen gipsen. Daarvoor bestaan verschillende regels. Ik noem slechts enkele punten. Een gips mag nooit rechtstreeks op de huid worden aangebracht. Dit kan aanleiding geven tot lelijke beschadigingen en druknecrosen. Wij kennen gevoerde en ongevoerde gipsen. Om een verse fractuur mag nooit een ongevoerd gips worden aangelegd. Stuwings door een gips is altijd uiterst schadelijk. Men mag deze situatie niet aanzien, doch het gips moet onmiddellijk tot op de huid volledig gespleten worden over de gehele lengte. Desnoods wordt het opnieuw omwikkeld met tricot zwachtel. Bij het gipsen zij men voorzichtig met de vingers. De te ondersteunen delen moeten altijd met de vlakke hand worden ondersteund, de vingers mogen daarbij nooit gebogen worden. Hierbij bestaat het gevaar, dat er drukplekjes komen. Het wikkelen van het gips geschiedt op regelmatige wijze. Men draait niet nu eens hier en dan weer daar een zwachtel, doch wikkele systematisch de gehele extremiteit af. Hierdoor wordt vanzelf het gips overal even dik. Voor het gipsen van bepaalde lichaamsdelen bestaan vaste regels. Uitstekende voorschriften vindt men o.a. in het boek van Böhler. Het gipsen is dus, juist zoals het verbinden, niet zomaar een zwachteltje draaien, maar is tegenwoordig een geperfectioneerde techniek.

Voor het drogen van een gips mogen nooit hete kruiken worden gebruikt. Dit kan tot ernstige verbrandingen leiden omdat gips goed geleidt.

HOOFDSTUK V.

Transfusie.

Bloedtransfusie is een zo belangrijke zaak, dat hieraan een apart hoofdstuk wordt gewijd. Bloedtransfusie is een levensgevaarlijke ingreep. Wanneer een patient bij bewustzijn is, bemerkt men meestal snel - wanneer niet-compatibel bloed is gegeven - dat een transfusiëreactie door haemolyse optreedt. In narcose bemerkt men dit niet. Niet compatibel bloed is daarom tijdens een operatie meestal dodelijk.

De kans op een verkeerde bloedtransfusie is daarom zo bijzonder groot, omdat het bloed op zijn weg van gever naar ontvanger een groot aantal bewerkingen moet ondergaan en een groot aantal tussenpersonen moet passeren. Deze keten is zo sterk als zijn zwakste schakel.

In ons ziekenhuis staat de bloedtransfusiedienst onder verantwoording van de apotheker. Dag en nacht dient de bloedgroepbepaling en bloedkruising te kunnen geschieden door daarvoor speciaal geoefende krachten. De uiteindelijke verantwoordelijkheid voor een bloedtransfusie heeft degene, die het bloed doet inlopen, dus op zaal de zaalarts, en op de operatiekamer de anaesthesist.

Geen bloed mag worden toegediend zonder dat men zich tevoren terdege zelf overtuigd heeft van het feit of de gegevens op de fles overeenstemmen met die van de patient.

Men late zich, ook bij spoedgevallen, niet zo maar een fles in handen geven. Op de zaal mag het bloed uitsluitend worden aangesloten door de zaalarts en door niemand anders. Wanneer ook maar iets niet klopt in de gegevens, deince men niet terug voor extra moeilijkheden, maar geve het bloed in geen geval, voordat alle onduidelijkheden zijn opgelost. Vermoedt men een transfusiëreactie, dan worde het bloed onmiddellijk afgekoppeld en de fles bewaard. Hij moet met bloed van de patient worden opgestuurd voor onderzoek.

HOOFDSTUK VI.

Stages.

Er zijn 4 stages voor de assistent: orthopaedie, urologie, anaesthesie en plastische chirurgie. Daar de stages samen 15 maanden duren, wordt dus een groot deel van de opleiding daaraan besteed. Het stage-systeem is in zekere zin een noodzakelijk kwaad, enerzijds omdat 3 maanden of een half jaar beslist onvoldoende is om een onderdeel te leren kennen, anderzijds omdat men intussen het dagelijkse contact met het hoofd vaak min of meer kwijt is. Het is daarom zaak zich gedurende de stage zeer intensief in te werken in het betreffende onderdeel, waarbij het er vooral op aan komt, dat men zich in de eerste plaats eigen maakt de diagnostiek en een visie op de mogelijkheden en moeilijkheden. De techniek is van secundair belang. Technische lacunes haalt men later gemakkelijk in, theoretische lacunes in de grondbegrippen zelden of nooit.

Voor ieder der stagevakken bestaan kleine beknopte boekjes waarin men met vrucht kan lezen over dit onderdeel van de chirurgie. De stageleiders kunnen deze boeken aanraden.

De stage anaesthesie is - met veel moeite - ingesteld kunnen worden om 2 redenen: 1. ieder chirurg moet in noodgeval een eenvoudige narcose kunnen geven en kunnen intuberen; 2. de chirurg moet kennis nemen van de mogelijkheden en moeilijkheden van de moderne anaesthesie, wil hij begrip hebben voor de specialist met wie hij later het nauwst en zijn leven lang moet samenwerken. Niet voor niets is voor de toekomstige anaesthesist een stage chirurgie verplicht. De stagiaire werkt onder verantwoording van de chef van de stage, behalve wat betreft de chirurgische diensten, die gewoon doorgaan. De wachtdienst is moeilijk.

De gevaren van de acute diagnostiek, gepaard aan het ongeregelde werk en de constante overbelasting zijn groot. Men bagatellisere nooit. Belangrijke afwijkingen worden soms miskend. De kans op vergissingen wordt minimaal, wanneer de patient altijd de volgende dag op de polikliniek wordt terugbesteld, tenzij het werkelijk een kleinigheid betreft, die de huisarts verder zal behandelen.

Handverwondingen of infecties, gipsen en onduidelijke gevallen moeten steeds worden terugbesteld. In geval van twijfel zijn de chef en de chef de clinique dag en nacht bereikbaar voor overleg. Spoedopname van een patient wordt in twijfelgevallen nooit kwalijk genomen. Desnoods wordt hij na observatie de volgende dag weer ontslagen.

De stage-assistent representeert tijdens zijn stage zijn eigen chirurgische afdeling. Daarom is het zeer te wensen, dat hij de stijl en de manier van werken, die op die afdeling wordt nagestreefd, ook handhaaft en helpt uitdragen in zijn tijdelijke nieuwe omgeving. Men ziet nog wel eens, dat goede gewoonten, die gedurende het assistentschap in de chirurgie zijn aangeleerd, onmiddellijk worden vergeten tijdens een stage. Dit is jammer. Het bewijst hoe weinig men zich dergelijke goede gewoonten nog geestelijk heeft eigen gemaakt.

HOOFDSTUK VII.

College.

Goed college geven is moeilijk. Men moet zich daarbij instellen op het niveau van zijn gehoor. Het gehoor bestaat uit studenten. Daarom moeten op college de eenvoudige problemen worden behandeld en slechts bij uitzondering zeer ingewikkelde of zeldzame patienten. De colleges worden meestal grondig voorbereid. Veel van wat daar wordt verteld is, over de hoofden van de studenten heen, ook bedoeld voor de assistent. Daarom wone men de colleges zoveel mogelijk bij. Het college Algemene Heelkunde op maandagochtend is zelfs verplicht. Wanneer men jarenlang deze colleges bijwoont heeft men de hele Algemene Heelkunde de revue horen passeren en is een uitstekend theoretisch fundament gelegd voor de opleiding.

HOOFDSTUK VIII.

Opleiding.

Bij de opleiding tot specialist volgt men - en dit is in de huidige maatschappij zeer zeldzaam geworden - de oude weg, zoals die in vroeger eeuwen gold in de gilde. Men kiest zich een meester om zich bij hem in het vak te bekwamen. Alleen de beste opleidingen worden in de toekomst gehandhaafd en alleen de beste chirurgen zullen in de toekomst goede kansen maken. Bij een toekomstige sollicitatie wordt het meest waarde gehecht aan "het nest waaruit iemand komt".

Het is daarom voor ieder een levensbelang mede te werken de opleiding op een zo hoog mogelijk peil te brengen. Het werk, dat wordt gemaakt van status, patientenbespreking, visite, documentatie, statusbespreking, staf-bijeenkomst, bespreking en demonstratie met andere specialisten of consulenten, refereeravond, etc., moet in dit licht worden gezien.

Afgezien van het gezonde eigenbelang is er een ander, nog belangrijker punt. Wanneer men ouder wordt, zal men beseffen, dat onze voorgangers in de chirurgie een zeer groot en kostbaar erfdeel aan kennis en ervaring hebben bijeengebracht. Hoe groot en hoe kostbaar dit erfdeel is, zal men pas begrijpen wanneer men ervaart hoe moeilijk het is om zelf ook maar een heel klein nieuw steentje bij te dragen. Dit erfdeel wordt ons praktisch gratis in de schoot geworpen. Onze generatie heeft de plicht en de verantwoording dit erfdeel niet te verkwisten, maar intact te bewaren, zo mogelijk uit te breiden en met ons eigen werk verrijkt over te dragen aan hen, die na ons komen. Dit moet in groot verband worden gezien. Onze kinderen zullen eens teovertrouwd of overgeleverd zijn aan de generatie artsen, die wij opleiden. Daarom kunnen opleiding, onderwijs en overdracht niet hoog genoeg worden opgevat.

De meeste artsen die zich tot specialist willen bekwamen hebben in het geheel geen, soms een heel oppervlakkige, maar meestal een verkeerde voorstelling van de opleiding. Dit is niet verwonderlijk omdat, zeker in ons land, nauwelijks voorlichting bestaat en er ook geen boeken zijn, waarin men daarover zou kunnen lezen.

Een van de grootste aantrekkelijkheden van het artsenberoep is ongetwijfeld, dat in dit beroep zo'n wijde keus is in allerlei richtingen, dat voor ieders temperament, aanleg, persoonlijkheid, persoonlijkheid, intellectuele en menselijke gaven een passend terrein voor arbeid, zelfverwerkelijking en levensvoldoening is te vinden.

Het zou interessant zijn meer te weten over de beweegredenen die de keuze tot specialisatie bepalen. Geldelijke motieven spelen er, dunkt mij, geen grote rol in. Belangrijker is wat men ziet en hoort in de laatste jaren van de studie. Nog belangrijker is het voorbeeld van bepaalde artsen.

Van geslaagde artsen, die de indruk maken hun vak ten volle te beleven, gaat een soort uitstraling uit die grote aantrekkingskracht op anderen kan uitoefenen. Irrationele motieven spelen bij de keuze tot specialisatie ook vaak een heel belangrijke rol.

Zeker is, dat geboren chirurgen zeer zeldzaam zijn. De meeste zeer goede chirurgen hebben een lange en moeizame weg moeten volgen aler zij hun meesterschap bereikten.

Zijn bepaalde eigenschappen absoluut noodzakelijk voor een loopbaan in de chirurgie? Velen denken dat handigheid in de eerste plaats komt. Bij een sollicitatie hoort men vaak opmerken dat de sollicitant altijd graag met de handen is bezig geweest, dat hij graag "knutselt". Het belang van handigheid wordt m.i. overdreven. Bepaald onhandigen horen natuurlijk in de chirurgie niet thuis. Iedereen echter die een normale handigheid heeft, komt in de chirurgie heel goed uit. Het gebruik van technieken en instrumenten wordt gaandeweg geleerd en is niet overdreven moeilijk.

Veel belangrijker dan de motoriek van de hand is m.i. de sensibiliteit. Als chirurg moet men vooral gevoelige handen hebben. Dit is in de eerste plaats in de diagnostiek van geweldig belang, omdat in de chirurgie, meer dan in andere vakken, een zeer groot deel van de diagnostiek nog berust op de palpatie. In de tweede plaats is de gevoelige hand onmisbaar bij het opereren. Weerstand, spanning, consistentie en kwaliteit van de weefsels worden alleen door de tastende hand waargenomen. Een gevoelige hand beoordeelt de weefsels en opereert daardoor weefselsparend, atraumatisch. Een ruwe hand beoordeelt de weefsels verkeerd en opereert traumatiserend.

Gevoeligheid is in hoge mate aangeboren. Men kan het gevoel wel vervolmaken en ontwikkelen, maar nauwelijks aanleren wanneer men het niet heeft. Een andere belangrijke aangeboren eigenschap is gezondheid. Zonder een vlekkeloze gezondheid moet men geen chirurg worden. De chirurgie is een vak dat zo veel lichamelijke inspanning vereist, dat alleen een perfecte gezondheid daartegen op de lange duur is opgewassen.

Lichamelijke gezondheid is ook de basis voor psychisch incasseringsvermogen hetgeen een chirurg vaak zeer nodig heeft.

In de beginjaren ervaart men dit niet zo door de overmaat van lichaamsenergie. Bij het ouder worden gaat men beseffen dat gezondheid essentieel is om het leven als chirurg vol te houden. Daarom zijn soberheid en vooral levenslang volgehouden sport belangrijk. Een chirurg met een dikke buik of kortademigheid is een verdachte figuur.

Een derde belangrijke eigenschap is de smaak voor actie. De chirurg is een man van de daad. Dat wil niet zeggen dat deze daad altijd een operatie is of dat een chirurg weinig zou behoeven te denken. De aard van het vak, met zijn dramatische ogenblikken, met zijn acute situaties, met zijn snel wisselende toestanden brengt echter mee dat een chirurg altijd moet klaar staan, altijd doende is en weinig tijd heeft voor rustige bespiegelingen en secundaire reacties.

Iemand die geen hoge biotonus heeft, die geen plezier heeft in spontane lichamelijke activiteit, die veel slaap nodig heeft, die moeilijk uit zijn bed komt, die langzaam op toeren komt of die gauw vermoeid raakt, moet geen chirurg worden.

Besluitvaardigheid en doortastendheid zijn eigenschappen die men als chirurg zeer van node heeft. Mensen die van nature aarzelen, die langzaam tot een beslissing komen en die ook moeite hebben een besluit uit te voeren horen in de chirurgie niet thuis. De chirurg heeft moed nodig en durf. Overmoed en driestheid zijn echter te veel van het goede en maken een chirurg gevaarlijk. Een oud gezegde luidt: de chirurg hebbe arends-ogen, een leeuwenhart en juffershanden.

Onverstoorbaarheid en koelbloedigheid zijn eigenschappen die ieder arts van pas komen, maar zeker de chirurg. Ieder chirurg komt herhaaldelijk in situaties waarin alleen kalmte, zelfbeheersing, evenwichtigheid en koelbloedigheid hem in staat stellen zijn patient het leven, en hemzelf zijn reputatie te redden.

Onverstoorbaarheid (dat is iets anders als ongevoeligheid) is in hoge mate de lichamelijke gave van een goed uitgebalanceerd neuro-vegetatief zenuwstelsel, en dus een eigenschap van erfelijkheid en opvoeding.

Als laatste belangrijke voorwaarde voor een succesvolle opleiding in de chirurgie en een geslaagd leven als chirurg, wil ik nog noemen een vrouw die begrijpt dat de chirurgie een ijverzuchtige minnares is. Als het erop aankomt zal ieder goed chirurg "the knife before the wife" laten gaan. Een partner die dit niet begrijpt en aanvaardt wordt de bron van mislukking van haar man als chirurg of van haar huwelijk. De beslissing zich in de chirurgie te specialiseren moet, met het bovenstaande voor ogen, zeer zorgvuldig getweeën worden overwogen.

De chirurgische assistent die zijn opleiding begint denkt dat hij komt om de chirurgie te leren. Meestal betekent dit voor hem: leren opereren. Niets is minder waar.

Ten eerste bestaat "de" chirurgie niet en maakt ieder zijn eigen chirurgie wanneer hij eenmaal zelfstandig chirurg is geworden. In zijn opleiding ziet men dus hoogstens een bepaald soort chirurgie, nl. die van zijn leermeester. In de tweede plaats omvat de chirurgie een groot aantal niet-operatieve methoden. Chirurgische patienten worden lang niet altijd geopereerd. Vaak zal een chirurg het zelfs een van zijn beste prestaties vinden wanneer hij heeft kans gezien een operatie te vermijden. Opereren is overigens een laat privilege, en niet een vroeg. Het vereist zoveel inzicht, gevoel, voorzichtigheid en manuele vaardigheid dat het vrij lang duurt voordat een operatie aan een assistent kan worden toevertrouwd.

De beginnende assistent voelt daarom vaak enige teleurstelling wanneer hij bemerkt, dat hij in het begin niet meer mag doen dan patienten onderzoeken, statussen schrijven en af en toe assisteren bij de operaties. Die teleurstelling zou te voorkomen zijn geweest wanneer hem beter voor ogen stond wat hij in de eerste plaats in zijn opleiding moet leren.

In zijn opleiding moet de assistent leren niet de chirurgie, maar: "de chirurgische methode". Hij moet de chirurgische werkwijze aanleren, opdat hij later, als zelfstandige, met behulp van deze methode zijn eigen chirurgie kan scheppen.

De "chirurgische werkwijze" omvat o.a.

1. het leren omgaan met zieke mensen.
2. het leren omgaan met verpleegsters, collegae, laboranten, administratieve krachten enz.
3. het leren van het lichamelijk onderzoek van de chirurgische patient.
4. het leren kiezen van het aanvullend laboratorium- en röntgenonderzoek, en de waarde zowel als de beperkingen van dat onderzoek.
5. het leren vragen van consulten en de juiste vraagstelling aan de consulent.
6. het verzamelen van alle gegevens en het combineren daarvan voor de opbouw van de diagnostiek.
7. het leren overwegen van de therapeutische mogelijkheden.
8. het leren stellen van een indicatie tot operatieve of niet operatieve behandeling.
9. het afwegen van de voor- en nadelen van een bepaalde therapie en het beoordelen van de risico's en de gevolgen voor het latere leven.
10. de prae- en postoperatieve zorg en de voorzorgen waarmee iedere operatie, als gewelddadige ingreep, moet worden omgeven.
11. de pathogenese en pathofysiologie van chirurgische aandoeningen.
12. operatieve - en niet-operatieve methoden en technieken.
13. het de weg vinden in en het gebruik maken van de chirurgische litteratuur.
14. het ordenen, samenvatten, vastleggen en achteraf kritisch beoordelen van alle verzamelde gegevens bij het ontslag van een patient.
15. het vervolgen van de patient op de polikliniek en het beoordelen van het resultaat van de behandeling op lange termijn.

De assistent zal zich afvragen hoe hij in hemelsnaam aan deze waslijst van opgaven moet voldoen. Dit is niet zo moeilijk als men denkt. Al deze punten komen vanzelf naar voren wanneer hij ieder van zijn patienten beschouwt als zijn eigen patient, als hij met het lot van ieder van zijn eigen patienten persoonlijk begaan is, als hij hen beschouwt als mens en niet als afwijking en als hij hen zelf begeleidt vanaf de dag van opname, door alle fasen van de behandeling heen tot de dag van ontslag en daarna nog op de polikliniek, als hij het zich tot taak stelt niet af te schuiven, over te laten, op te dragen aan anderen maar zelf persoonlijk alles afspreekt, uitvoert, regelt, administreert en controleert, kortom zijn patient met alle persoonlijke zorgen onafgebroken omringt, en wanneer hij niet tevreden is voordat alles tot in de puntjes geregeld is zoals hij dat wil hebben.

Dit vereist veel spontane activiteit, aandacht, belangstelling en vooral vasthoudendheid en een grote mate van zelfdiscipline.

Dit te leren en er zich door niets en niemand van te laten afhouden is het allereerste dat de zaalassistent moet leren. Zodoende maakt hij zich eigen "de chirurgische methode", d.w.z. de kennis en het gebruik van werkwijzen en werktuigen in de chirurgie, te weten:

observatie- en onderzoekkunst.

analytisch vermogen.

verzameling en ordening van feiten.

combinatie van gegevens.

synthese.

afwegen van factoren

het te raden gaan bij andermans ervaring

(Litteratuur, consultants).

discussie en besluitvorming.

uitvoering (chirurgische techniek).

het maken van een verslag.

Voor de chirurgische assistent komt het er dus in de allereerste plaats op aan zijn geest te trainen in chirurgisch denken, de operatietechniek is volkomen secundair. Geen groter gevaar voor een chirurgisch assistent dan te vroeg te mogen opereren. Hij begint het menu met het dessert i.p.v. met het voorgerecht. Een dessert alleen voedt op de duur niet en het smaakt ook pas op zijn best na een zorgvuldig opgebouwde reeks van gangen.

Wanneer de assistent zich enkele jaren lang geduldig en consequent toelegt op een volmaakte begeleiding van zijn zaalpatienten, heeft hij een onaantastbaar fundament gelegd voor heel zijn verdere loopbaan.

Hij heeft zich dan nl. de juiste werkwijze aangeleerd. Deze is hem een tweede natuur geworden en zal hem nooit meer verlaten. Lacunes in deze vormingsjaren worden nooit meer ingehaald. Zij blijven zich later wreken in onvolledig onderzoek, eenzijdige beoordeling, verkeerde beslissingen, twijfel, herhaalde complicaties en regelrechte ongelukken.

De chirurgische opleiding duurt lang. Maar het is een voorrecht zich lang en geleidelijk te kunnen scholen. In die scholingstijd is men nog niet in beslag genomen door veel maatschappelijke plichten en door de zucht naar geld en comfort. Er is nog een zekere eenvoud van leven en nog tijd om zich te wijden aan studie. Deze studie moet vooral breed zijn, grondig en gericht op de algemene begrippen en beginselen. In de chirurgie zijn dat vooral de leer van wonden en wondgenezing, de leer der ontstekingen, infectie, asepsis en antisepsis, traumata, gezwellen, physiologie van de prae-, per- en postoperatieve periode, shock, circulatiestoornissen enz.

In de opleidingstijd moet heel hard worden gewerkt. Velen delen hun werk niet efficiënt in. Dit moet geleerd worden.

Over de langdurigheid van de opleiding moet men zich niet te veel zorgen maken. Alleen wat goed wortel heeft geschoten, langzaam groeit en in het begin goed wordt bijgesnoeid, staat later stevig.

Zo is de opleiding dus veel meer dan louter het aanwezig zijn op een chirurgische afdeling gedurende 6 jaar.

In die tijd kost de assistent zeer veel tijd en energie aan zijn opleider. Goede opleiders beschouwen hun assistenten niet als gemakkelijke en goedkope werkkrachten, maar besteden tijd en geduld aan hun vorming. Assistenten beseffen vaak in het geheel niet dat hun opleider veel sneller en efficiënter zou werken zonder hen, dat hun wijze van assisteren - zonder dat zij dit overigens bedoelen of begrijpen - vaak hinderlijk is voor de operateur. Een opleider heeft vaak grote zorg om wat hij uit handen geeft en moet de patienten van zijn afdeling bewust risico's laten lopen om zijn assistenten het werk te leren. Hij ergert zich vaak aan talrijke kleine en grote verzuimen en fouten, moet complicaties corrigeren en heeft een groot incasservermogen nodig.

De assistent moet wel begrijpen dat van hem in de loop van zijn opleiding tegenprestaties worden verwacht in de zin van wetenschappelijk werk en bijdragen in de goede gang van zaken in de kliniek. Langzaam maar zeker gaat hij meer verantwoordelijkheid dragen en wordt hij ook meer in de leiding betrokken. Hij zal hoger staan aangeschreven naarmate hij in de loop der jaren meer "inbreng" heeft en meer mee de kliniek naar binnen en naar buiten gaat dragen.

In de chirurgie heerst, misschien meer dan in andere opleidingen, nog een vrij sterke hiërarchie. Deze hiërarchie is vanzelf gegeven aan de operatie-tafel. Vandaar dringt de hiërarchie ook door in de kliniek. Bij de operatie moet één man opereren, hij gaat steeds voor. Goed assisteren is moeilijk. Het vereist veel oplettendheid, concentratie en anticipatie. In het algemeen doet een beginnend assistent veel te veel, waardoor hij onrust scheidt in het operatie-terrein. Een goed chirurg zal, wanneer hij een operatie moet uitvoeren die hij niet dagelijks verricht, de avond tevoren de anatomie van het operatie-terrein nakijken en de gang van de operatie bestuderen. De assistent doet er goed aan dit ook te doen. Het is verwonderlijk hoeveel meer men ziet wanneer men frequent de boeken, en dan liefst verschillende boeken, raadpleegt.

Het belang voor de opleiding van het verblijf op de polikliniek wordt onderschat. Men denkt daar alleen de kleine dingen te zien en te opereren. In de eerste plaats is dit niet waar. Ook grote en belangrijke afwijkingen ziet men op de polikliniek, zij het vaak in het beginstadium. Verder is het poliklinisch opereren heel belangrijk. Alle zaken die bij een "grote" operatie te pas komen, kunnen hier in het klein worden beoefend en vervolmaakt. Zelfs bij de kleinste operaties moet men zich goed beraden over: optimale ligging van de patient, keuze van de belichting, wijze van anaesthesie, manier van afdekken, geruststellen van de patient, grootte en richting van de snee, zichtbaarheid van het latere litteken, bloedstelping, prepareren van de weefsels, al of niet drainage, hechting, knopen, verband enz.

Van kleine afwijkingen hebben de patienten vaak veel last. Het perfecte verhelpen daarvan, met minimaal ongemak voor de patient, in een prettige sfeer en zonder ontsierend litteken als onaangename herinnering aan de chirurg, is geen kleine prestatie.

In de tweede plaats moet men bedenken dat de latere dagelijkse praktijk voor de doorsnee-chirurg voor 90% uit kleine alledaagse dingen bestaat. Hierop kan een reputatie worden gebouwd of bedorven. Meermalen heb ik een chirurg horen afkraken omdat hij zo ruw en pijnlijk was in het verwijderen van hechtingen of omdat zijn verbanden niet bleven zitten.

Op de polikliniek leert men snel en accuraat diagnosticeren. Daarvoor is het nodig anatomisch en ruimtelijk denkend te observeren, ten einde de precieze plaats en het weefsel of orgaan van uitgang van de laesie te bepalen. Men realiseert zich daarbij dus allereerst onmiddellijk de exacte regio anatomica waarin de laesie wordt gevonden (bijv. linker laterale halsdriehoek, boven-buitenkwadrant van de rechter mamma, regio umbilicalis, rechter fossa iliaca, regio poplitea sinistra, linker handpalm, linker neusvleugel, volaire zijde rechter duimtop, mediale zijde elleboogsgewricht enz).

Daarna bedenke men, ruimtelijk denkend, in welke laag of lagen de laesie is gezeteld en van welke structuren zij kan uitgaan.

Na deze macro-anatomische determinatie van plaats en punt van uitgang, stelle men zich histo-physiologisch voor: "wat zich in het betrokken weefsel of orgaan afspeelt" (bijv.: ontsteking, tumor-vorming, bloeding, verwonding, distorsie, circulatie-stoornis, perforatie enz.)

Op deze wijze is het heel gemakkelijk tot een vrij nauwkeurige voorlopige conclusie te komen.

Daarbij komen reeds zoveel vragen op dat de weg naar gericht aanvullend onderzoek niet moeilijk zal zijn. Het is absoluut noodzakelijk zich zelf te dwingen een voorlopige diagnose te maken en op te schrijven.

Deze moet zo nauwkeurig mogelijk zijn maar mag alle twijfels bevatten die men heeft. Ik geef enkele voorbeelden van zulke

"diagnoses"

luxatio cubiti sin. posterior.

wrsch. goedaardige subcutane "tumor" buigzijde l. onderarm.

acute buikpijn bovenbuik e.c.i.

peritonitis diffusa e.c.i.

infiltraat voorzijde r. bovenbeen

vermagering, moeheid, anorexie e.c.i.

pijnloze icterus.

snijwond volair l. pols (+ n. ulnaris letsel?)

fractuur (?) r. pols

supra-spinatus syndroom.

Wanneer men niet meteen een absoluut zekere diagnose kan neerschrijven, vermeldt men een symptoom of syndroom als in bovengenoemde voorbeelden. Een dergelijke wijze van notering zet een ieder die dit leest onmiddellijk op het verdere goede spoor.

Het exacte formuleren van zo'n diagnose of syndroom is niet zo eenvoudig als men denkt, maar is - systematisch beoefend - een buitengewone gedachtentraining voor de chirurg.

Dit alles kan op de polikliniek, door het grote aantal patienten, eindeloos worden beoefend. Op de polikliniek kan men ook leren: snel, accuraat en toch volledig, en vooral efficiënt, te werken. Dit kan bewust worden beoefend. Men moet zich snel door een aantal patienten heen weten te slaan, zonder deze patienten te kort te doen, zonder de indruk te maken gehaast te zijn, zonder de humaniteit in zijn optreden te verliezen en zonder zich zelf zenuwachtig te maken.

Voor de assistent die zo zijn polikliniektijd benut, is de polikliniek een goudmijn met dagelijkse vondsten en verrassingen en met een geweldige vormende waarde.

Een van de allerbelangrijkste zaken die men in de opleidingstijd moet leren is het schriftelijk vastleggen van bevindingen.

Dit omvat niet alleen het schrijven van een ziektegeschiedenis, maar ook vooral het maken van samenvattingen, uittreksels, rapporten, brieven aan collegae en het schrijven van wetenschappelijk werk.

Het belang en de moeilijkheid hiervan worden schromelijk onderschat.

Iemand die een mes in de hand neemt kan daarom nog niet opereren, en iemand die de pen opneemt, daarom alleen nog niet schrijven. Dit moet worden geleerd en dat kan alleen door langdurige oefening. Eigenlijk moet men hebben leren stellen op lagere en middelbare school. Toch blijkt dit vaak onvoldoende. Een stijl, ook een schrijfstijl, ontwikkelt zich echter slechts langzaam. Men moet er lang aan werken en er steeds aan vervolmaken. Niets siert iemand meer dan wanneer hij zijn gedachten helder en kort kan formuleren en onder woorden brengen.

"Ce qui se conçoit bien, s'enonce clairement" luidt een frans gezegde. Andersom gezegd: wat niet helder onder woorden wordt gebracht is niet goed begrepen.

Dit is het kapitale belang van het goede schrijven. Het dwingt iemand tot heldere en nauwkeurige gedachten. Het dwingt ook tot ordenen van deze gedachten in een logische samenhang. Wanneer men de abominabele brieven leest van vele artsen, wanneer men de stuntelige en onsamenhangende wijze van voorstellen hoort op een patientenbespreking, wanneer men de wirwar van onsamenhangende en niet ter zake doende gegevens hoort of leest over een patient, dan is slechts één conclusie mogelijk: deze man weet niet waarover hij het heeft.

Men moet zich dus bewust oefenen een goede, korte en toch volledige ziektegeschiedenis te schrijven. Daarnaast moet men een korte samenvatting leren schrijven, waarin alle ter zake doende gegevens - maar ook niets meer dan deze - niet opnieuw worden opgesomd, maar werkelijk worden samengevat.

Een maximum aan gegevens ondergebracht in een minimum aan woorden.

"Maybe the best test of a man's intellectual capacity is his ability to make a summary".

De moeilijkheid van de ziektegeschiedenis is dat het lijkt of men deze voor het archief schrijft. Maar dat is niet waar. Zeker schrijft men de ziektegeschiedenis vaak voor latere artsen. Deze moeten er gegevens uit putten voor de patient of de status bewerken voor een publicatie.

Ieder die met oude statussen heeft moeten werken weet welk een eindeloze moeite het kost daarin de weg te vinden. Het is een verademing een goed opgebouwde en geordende status aan te treffen en het hart springt op van vreugde wanneer men een goede samenvatting tegenkomt. Maar men schrijft de status ook gemakkelijk voor zichzelf, als eigen training in het noteren en ordenen van gegevens.

De ontslagbrief vereist ook bijzondere zorg. Hij moet niet zo lang mogelijk, maar zo kort mogelijk zijn en toch alle wezenlijke gegevens bevatten. De De specialisten-registratie commissie zegt: de ontslagbrief moet een miniatuur publicatie zijn.

Het is funest om zich vanaf het begin te behelpen met het spreken in de bandrecorder. Het is onmogelijk, zonder grote en langdurige ervaring, om in één keer een goede brief te dicteren. In de eerste jaren dient men zijn brieven eerst op te schrijven, dan te corrigeren en pas daarna in de band te spreken. Iemand die denkt dat hij het zo wel kan bewijst daarmee zijn eigen domheid, en wat erger is, ontnemt zichzelf het middel om het te leren.

Het is aanbevelenswaardig zoveel mogelijk nederlandse termen te gebruiken. In plaats van: cor en pulmones, kan men net zo goed zeggen: hart en longen. Voor hepar niet palpabel: de lever was niet voelbaar. Het onnodig dooreenhaspelen van latijnse en nederlandse termen scheidt een afschuwelijk vakjargon. Vaststaande uitdrukkingen, bijv. pulmonale hypertensie, kan men laten staan. De vernederlandsing behoeft niet tot in het absurde te worden doorgedreven; voor sacraal oedeem schrijve men niet: waterzucht op het heiligbeen.

Voor de mentale vorming van de arts en van de specialist sla ik het juiste taalgebruik geweldig hoog aan. Het is daarom dat ik een samenvatting eis achter iedere ziektegeschiedenis en dat ik de moeite neem iedere ontslagbrief door te lezen.

Meesterschap over de taal is essentieel. "A hand that cannot control the pen can hardly be expected to control the knife".

De beginnende assistent moet zich dus niet te zeer laten afleiden door de "glamour" van de operatie-kamer. Hij moet in de eerste jaren in eenvoud en kalmte zijn werk doen op polikliniek of zaal. Hij moet zich vereenzelvigen met zijn patienten en leren de diagnostiek de verzorging en de verslaggeving van ook de eenvoudigste zaken zo perfect mogelijk te doen. Hij moet niet denken dat hij zoveel mogelijk patienten moet zien. De massa bederft alles. Hij moet een beperkt aantal patienten zo goed mogelijk zien en kwaliteit altijd boven kwantiteit stellen. Hij moet vooral zorgen in iedere patient een werkstuk te zien dat hij zo volledig en zorgvuldig mogelijk moet afmaken.

Van iedere patient die hij onder zijn hoede krijgt moet hij het probleem proberen zo goed mogelijk te doorgronden en in de boeken op te zoeken wat hij er niet van begrijpt. Men leze er eens een klinische les of een samenvattend overzicht van in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, of een hoofdstuk in een van de hand- of leerboeken in de bibliotheek. Men make notities over wat men leest en ontwerpe een eigen naslagregister. Met lezen van tijdschriften zij men zeer selectief. Het is onmogelijk alle te lezen. Ieder leze in ieder geval het N.T.v.G. en het Archivum Chirurgicum Neerlandicum. Uit de chirurgische tijdschriften leert men al gauw een keus te maken naar eigen smaak en belangstelling.

Zeer instructief is het geven van de zusterkursus, praatjes op zaal of voor de co-assistenten, of het houden van een E.H.B.O.-, verband- of operatiekursus. Daarvan leert men zelf het meeste. Later staat men er trouwens altijd zelf voor, wanneer men als specialist in een ziekenhuis werkt. Het is goed dan al ervaring te hebben.

Tot slot nog dit.

De chirurgie behoort tot de biologische wetenschappen. De levende natuur in zijn normale en ziekelijke manifestaties is het meest afwisselende, indrukwekkende en ondoorgrondelijke schouwspel dat op dit ondermaanse valt te genieten.

Wil men er iets van begrijpen dan is het zaak niets als vanzelfsprekend te beschouwen maar zich over alles dat men ziet, hoort, voelt, ruikt en meemaakt levenslang te verwonderen.

Aanbevolen boeken (te lenen bij prof.dr. Kuijjer):

1. Prof. dr. G.A. Lindeboom : Begrippen in de geneeskunde.
 2. Prof. dr. G.A. Lindeboom : Medische ethiek.
 3. Leven en Dood. Universiteitsdag 1960, Utrecht.
 4. C. de Vreese : Le chirurgien, 1910.
 5. E. Forgue : La responsabilité du chirurgien, 1909.
 6. Theodor Billroth : Briefe, 1910.
 7. Dr. E. Liek : De roeping van den geneesheer, 1932.
 8. Dr. E. Liek : Irrwege der Chirurgie, 1929.
 9. Paul Lecène : L'évolution de la chirurgie, 1923.
 10. A. Gosset : Chirurgie, chirurgiens, 1940.
 11. H. Mondor : Pasteur, 1945.
 12. Gabriel Marcel : Qu'attendez-vous du médecin? 1953.
 13. René Leriche : La chirurgie à l'ordre de la vie, 1945.
 14. René Leriche : Souvenirs de ma vie morte, 1956.
 15. René Leriche : La philosophie de la chirurgie, 1951.
- Auto-biographieën van chirurgen.
- Inaugurele redevoeringen van hoogleraren in de heilkunde.

Algemene opmerkingen over de status.

(zolang de nieuw te ontwerpen status nog niet in gebruik is).

Netjes schrijven.

Naam zaal-assistent (dus niet wachtassistent) en co-assistent invullen.

Diagnose en therapie pas invullen bij ontslag.

Co-assistent schrijft anamnese en status praesens generalis.

Assistent schrijft status praesens localis.

Daarna: Korte samenvatting (d.w.z. niet een herhaling van de status localis) van alle positieve vondsten uit anamnese en gehele lichamelijke onderzoek.

Groepen klachten en groepen verschijnselen moeten daarbij worden samengevat tot hogere eenheden; b.v.:

verschijnselen van peritonitis in de rechter onderbuik,
lage ileus van obstructie-karakter,
dyspeptische klachten,
shock.

Daaronder: Puntsgewijs onder elkaar alle diagnoses, de hoofddiagnose bovenaan. Als geen zekere diagnose bestaat een syndroom vermelden;

b.v.:

stuwingsicterus,
haematurie e.c.i.,
vage buikpijn e.c.i.,
ontstekingstumor li. onderbuik,
ischaemie li. been vanaf handbreed boven de knie,
coma e.c.i.,
polytraumatisé.

Daarna: Status chronologisch en vooral ordelijk opbouwen.

Operatie-verslag:

Beginnen met een indicatie, waarin vermeld dient te worden waarom wordt geopereerd en wat men van plan is.

Risico-verhogende factoren dienen te worden vermeld.

Daarna verslag operatie.

Aan het eind: postoperatieve conclusie vermeldende welke ingreep is verricht en welke vondsten werden gedaan,

b.v.:

gastro-enterostomia retrocolica voor inoperabel distaal maagcarcinoom. Kroefexcisie.

Osteosynthese (Küntscherpen) voor dwarse ongecompliceerde femurfractuur rechts.

Bloedige repositie + schroeffixatie voor fract. mall. med. sin. Gipsspalk.

Extirpatie goedaardige mammatumor links. Vacuumdrainage. Drukverband.

Bij complicaties na de operatie is vaak een korte recapitulatie nodig.

Bij consult: vraagstelling aan consulent formuleren, bijv.: gaarne prae-operatief onderzoek wegens gevonden hypertensie, cardiale anamnese, onbegrepen oedemen, verdenking op diabetes, onbegrepen anaemie etc., etc.

Bij ontslag: het voorlopige resultaat (bijv. functie) noteren; dit geldt vooral voor gewrichtsfuncties, oedeem, atrophie e.d. na traumata.

Dit is van belang voor de poliklinische follow-up. Daarom dienen ook aanwijzingen te worden gegeven, waarop men bij revisie speciaal moet letten.

Alle diagnoses invullen, de hoofddiagnose bovenaan. Zo mogelijk (als dit niet tot dwaasheden leidt) latijnse termen gebruiken. Daarbij vooral denken aan degene die de diagnoses moeten lezen en coderen. Geen omschrijvingen geven, maar korte kernachtige, algemene termen. Netjes schrijven, niet achter, maar onder elkaar.

Alle therapieën invullen, ook hierbij steeds denken aan de ontcijfenaar. Allerlei technische details achterwege laten; dus b.v.:

osteosynthese, zweefrek,
wondhechting, repositie, gips,
pleisterrekverband.

Totale maagresectie, splenectomie,
partiële pancreatectomie, segmentale colectomie,
oesophagojejunostomie.

Excisie, huidtransplantatie
breukzakresectie, plastiek
aortaresectie, prothese
partiële cystectomie, uretero-neo-cystostomie.

Bedenk steeds dat de status bij moet zijn en dat hij altijd wordt geschreven voor een andere arts (consulent, anaesthesist, wachtdokter, orgaanspecialist, chef de clinique, latere bewerker onz.). Daarom steeds schrijven of men een ander, die niet op de hoogte is van de patient, iets vertelt.

Leg U bewust toe op het zo kort, zo zakelijk en zo exact mogelijk formuleren van bevindingen en meningen. Op de boven beschreven wijze bewerkt, is de status een heel belangrijk instrument tot Uw opleiding.

DE ONTSLAGBRIEF.

De ontslagbrief wordt gericht aan de huisarts. Andere erbij betrokken artsen krijgen copieën.

Alle geadviseerden komen rechts bovenaan de brief in volgorde onder elkaar, de huisarts bovenaan.

De eerste zin luidt altijd aldus:

De Heer (Mevr. etc.) geboren, wonende was van tot opgenomen op onze afdeling.

Daarna de vondsten die bij patient werden gedaan (anamnese en diagnostiek).

Bij overplaatsing uit andere klinieken kan men volstaan met de diagnose en verwijzen naar de betreffende ontslagbrief.

Ook enkele relevante röntgen- en laboratoriumvondsten moeten worden vermeld.

Altijd moet de brief een zin bevatten: verdere afwijkingen werden bij patient niet (of wel) gevonden. Dan komen eventueel de nevendiagnosen (diabetes, hypertensie, etc.). Men geeft daardoor blijk de patient in zijn totaliteit te hebben bekeken en zich niet te hebben beperkt tot orgaantherapie.

Daarna de behandeling (evt. operatie) waarbij het soort operatie kort moet worden vermeld, technische details echter zoveel mogelijk achterwege moeten worden gelaten. Enkele verklarende opmerkingen over het waarom van de therapie zijn vaak nodig:

bijv.: gezien het reeds jaren lang bestaan van ulcus-klachten en het nu voor de tweede maal hebben gekuurd zonder duurzaam resultaat, werd maagresectie volgens Billroth II-Schoemaker verricht;

wegens het met conservatieve middelen niet kunnen beheersen van de bloeding werd spoedlaparotomie verricht;

omdat gesloten repositie niet gelukte werd bloedige repositie verricht;

wegens verdenking op een kwaadaardig gezwel werd proefextirpatie verricht;

gezien de hoge leeftijd en de slechte algemene toestand besloten wij slechts een kleine palliatieve resectie te verrichten.

De uitslag van het pathologisch onderzoek moet worden vermeld (c.q. obductie).

Het postoperatieve beloop moet worden vermeld. De eenvoudigste zin luidt:
Het postoperatieve beloop was ongestoord.

In het kort moet worden vermeld in welke toestand patient naar huis gaat, (hierbij dient ook iets over voorlopig resultaat en functie op het moment van ontslag te worden vermeld):

Patient heeft geen maagklachten meer. Hij heeft een diëetlijst meegekregen.

Patient mag onbelast lopen met behulp van elleboogskrukken.

Knie- en enkelgewricht zijn nog flink stijf. Met patient zijn oefeningen afgesproken.

Patiënte kan goed overweg met de A.P. Wij zullen haar t.z.t. weer opnemen om deze A.P. op te heffen.

De perifere circulatie is duidelijk verbeterd. Patient mag echter niet buiten in de kou werken.

Patiënte heeft een zinklijm om het li. onderbeen. Voorlopig moet zij dit blijven dragen.

Bericht aan de huisarts wat patient (indien het een kwaadaardige aandoening betreft) over zijn ziekte is verteld.

Verzoek ter voortzetting van eventuele medicatie, wondinspectie enz. en bericht over de revisie.

Onder de brief komen puntsgewijs onder elkaar:

Diagnose: alle diagnosen vermelden, de hoofddiagnose bovenaan.

Therapie: alle therapie vermelden,

dus ook : antibiotica
prophykactisch anticoagulantia
digitalis
insuline etc. etc.

Complicatie:

De brief eindigt met:

met collegiale hoogachting
namens (hier vermelden het hoofd
van de betreffende afdeling, dus
een van de volgende namen:

Prof.Dr. P.J. Kuijjer

Prof.Dr. J.N. Homan van der Heide

Dr. A.J.C. Huffstadt

Dr. M.H. Karamat Ali

Dr. W. Mol.