

Saskia Peerdeman

Prof. dr. Saskia Peerdeman is neurochirurg, vice-decaan in het onderwijs en opleiden van het Amsterdam UMC - UvA in Amsterdam. Haar aandachtsgebied is hersentumoren, waaronder meningeomen en schedelbasistumoren.

Zou u zichzelf willen voorstellen aan de volgers van Dandy NL?

Ik ben Saskia Peerdeman, 61 jaar, neurochirurg, moeder van 2 kinderen, oma van 2 kleinkinderen en vice-decaan onderwijs en opleiden Amsterdam UMC-UvA.

Hoe zag uw studentenleven eruit?

Ik heb in Utrecht gestudeerd. Op dat moment bestond het onderwijssysteem uit een vier jarig doctoraal gevolgd door de coschappen. Later is dit systeem veranderd in het huidige systeem bestaande uit de bachelor- en masteropleiding geneeskunde. Deze eerste vier jaar doctoraal zat vol met het vergaren van een grote hoeveelheid theorie. Dit ging mij altijd goed af, omdat ik makkelijk dingen kan onthouden. Hierdoor heb ik in deze eerste vier jaar van mijn studententijd veel andere dingen kunnen doen naast het studeren van deze theorie. Ik heb onder meer veel gereisd, waarvoor ik vele uren heb gewerkt om deze reizen te bekostigen. Toen ik eenmaal startte met de coschappen werd mij direct duidelijk dat ik het juiste beroep heb gekozen en dat ik op de juiste plek zat.

Er komen relatief weinig vrouwelijke neurochirurgen voor, heeft u weleens het gevoel gehad vrouwelijke collega's te missen op de werkvloer?

Allereerst ben ik het er niet mee eens dat er relatief weinig vrouwelijke neurochirurgen zijn, integendeel. Ik vermoed namelijk dat onze groep neurochirurgen in Nederland inmiddels voor ongeveer 30%-40% uit vrouwen bestaat.



Dit is een percentage dat ik best veel vind voor het beroep als neurochirurg. Ten tweede de vraag of ik vrouwelijke collega's mis. Nee, ik moet een maatje hebben en of dit een man of vrouw is maakt voor mij geen verschil.

Hoe was het om uw kinderen op te voeden tijdens uw opleiding of werk als neurochirurg?

Ik heb mijn twee kinderen opgevoed op dezelfde manier zoals vaders dat doen, alleen dan een beetje ongebruikelijk voor de Nederlandse begrippen. Toentertijd, ik praat echt over 1989, was deze wijze van opvoeden ongebruikelijk. Toch wil ongebruikelijk niet zeggen dat het niet mogelijk is. Hiermee was ik een beetje de vreemde eend in de bijt en moest men aan mijn manier van opvoeden wennen. Ook zijn er vrouwen die een eigen winkel hebben, of vrouwen die vrachtwagenchauffeur zijn, hoe doen die dat dan? Je doet het gewoon, omdat je het vak leuk vindt en je zorgt dat er een oplossing komt.

Heeft u weleens te maken gehad met vooroordelen als vrouwelijke neurochirurg?

Ja, ik heb weleens te maken gehad met vooroordelen als vrouwelijke neurochirurg. Dit was tijdens mijn sollicitatie als ANIOS neurochirurgie. Mij werd toen gevraagd “waarom je in godsnaam als vrouw neurochirurg wil worden?”. Deze vraag heb ik beantwoord met “omdat ik het leuk vind!”, waarna ik “dat is het enige juiste antwoord” als reactie terug kreeg.

Wat was uw langstdurende operatie of hoe zag de operatie eruit die u het meest bijgebleven is?

De langstdurende operatie die ik heb meegemaakt duurde tot een uur of 3-4 's nachts. Het ging om een erg complex meningioom. Ik was vastberaden het in zijn geheel te verwijderen. Dit is na lang opereren gelukt, resulterend in grote vermoeidheid en bovendien een erg voldaan gevoel. Dit klinkt mogelijk een beetje suf, maar het was gewoon een mooi gevoel dat ik de operatie tot een succes heb weten te brengen zonder complicaties. Ik kan dan ook geen andere term bedenken dan voldaan.

Hoe gaat u om met vermoeidheid, honger/dorst of de nood om bijvoorbeeld naar het toilet te gaan, met name tijdens langdurige operaties?

Als je gedurende een operatie naar het toilet moet, dan moet je gewoon even het werk laten liggen en hier de tijd voor nemen. Dat doe ik dan op het moment dat het daadwerkelijk ook mogelijk en verantwoord is. Dit gaat dan in overleg met de anesthesie en de operatie assistent. Wanneer je de tijd neemt om het toilet te bezoeken is er mogelijk ook kort de ruimte iets te eten of te drinken, waarna je snel weer door moet met de operatie. Toch moet ik hierbij zeggen dat ik in een bepaalde workflow kan komen als ik aan het opereren ben, waarbij ik ongestoord en zonder bewustzijn van tijd aan het werk ben.

Wordt u vaak opgeroepen om te komen opereren in een acute setting?

Sinds ik een leeftijd van boven de zestig jaar heb heb ik geen dienst meer te draaien. Voor deze tijd wel, wat betekende dat ik frequent opgeroepen werd om te opereren in een acute setting. Ongeveer 30% van de neurochirurgie vindt plaats in een acute setting, meteen of binnen 24 uur. Dat is echt wel veel.

Komen er in de acute setting andere dingen bij kijken naast gelijk opereren?

Je moet een indicatie tot opereren stellen. Dat zijn dingen die te maken hebben met de neurologische toestand, comorbiditeit en zaken die bijvoorbeeld te maken hebben met de aanwezigheid van antistolling, de window die je hebt, wat je ziet op de diagnostische scan. Je moet op basis van een groot aantal variabelen een juiste afweging kunnen maken.

Heeft u weleens competitie ervaren met uw collega-chirurgen wat betreft het kunnen uitvoeren van bepaalde operaties?

Dit heb ik ervaren als AIOS neurochirurgie, waarbij ik stond te popelen om ingrepen te doen. Hierbij moet ik zeggen dat alles wat we als neurochirurgen in onze staf doen in toch redelijk goede overlegsituaties plaatsvindt. Ik voel mede daarom ook niet echt een concurrentie. Natuurlijk is het zo dat je soms bepaalde dingen wil, maar het is niet zo dat daar een concurrerende strijd uit komt.

Is de vaardigheid om te opereren en secuur te werken goed aan te leren of moet je er aanleg voor hebben?

Nou, beide. Als je een enorme tremor hebt die niet stopt als je opereert, dan is het best lastig om vaardigheden te verkrijgen die de microchirurgische technieken vereisen. Er moet daarom in ieder geval iets van een fundament zijn waar je door middel van goede training verder op kunt bouwen.

Wat wel heel belangrijk is, is dat je goed met twee ogen kunt zien, want je moet met een microscoop kunnen werken en dan moet je wel diepte kunnen zien.

Is er veel sprake van multidisciplinaire samenwerking en hoe ervaart u dat?

Ja, bij bijna alles wat we doen binnen de neurochirurgie is sprake van multidisciplinaire samenwerking. Deze samenwerking vindt plaats in de vorm van een MDO met specialismen zoals de oncologie, neurologie, radiologie, traumachirurgie, orthopedie, anesthesie kindergeneeskunde en nog veel meer. Ik vind dit alleen maar goed, omdat je de expertise van meerdere collega's hebt om een complex probleem te kunnen bekijken. Het is wel zo dat je de uiteindelijke beslissingen om wel of niet te opereren samen met de patiënt neemt, waarbij collega's je adviseren over onder meer nabehandeling en herstel. Bij uitstek is opereren een multidisciplinaire samenwerking. Je hebt elkaar allemaal nodig om een kwalitatief goede en veilige operatie uit te kunnen voeren.

Binnen de neurochirurgie is het ook mogelijk om een (sub) specialisme te kiezen. Zo bent u gespecialiseerd in onder andere meningeomen en schedelbasistumoren. Waarom ben u zich daarin gaan specialiseren?

Het is eerder een aandachtsgebied. Het is niet dat je echt nader specialiseert als neurochirurg. Het is geen fellowship of iets dergelijks. Ik vind het tumortype en diens gedrag enorm fascinerend. Binnen de neurochirurgie is het gebruik van 'shared decision making' erg belangrijk. Met de patiënt afwegen of het uiteindelijke resultaat van de operatie gaat opwegen tegen het mogelijke risico. De hele tijd heb je de patiënt als persoon in gedachte en de kans dat je iemand tumorvrij kan maken op de scan of de kwaliteit en lengte van diens leven kunt verbeteren. Daar zit dan ook de uitdaging in.

Elke handeling die ik doe waarin ik in de buurt van een eloquent gebied zit kan schade aan de patiënt geven. Ik denk dat ik wel tientallen beslissingen tijdens de operatie neem waar ik continu denk van "kan dit wel of niet, moet ik dit wel of niet doen?", omdat elke stap een consequentie voor de patiënt kan hebben. Die beslissingen neem je zelfstandig, maar als je tijdens een operatie niet zeker weet welke route je het beste kan nemen, dan kan je eventueel beroep doen op een van je collega's voor overleg. Toch neem je tijdens het merendeel van de operaties de beslissing zelfstandig.

Op welk gebied binnen de neurochirurgie verwacht u nog een hoop ontwikkelingen?

De afgelopen jaren is er enorm veel ontwikkeling geweest in de technologische ondersteuning die we hebben binnen de neurochirurgie. Voorbeelden zijn zaken die te maken hebben met MRI-scans die kwalitatief steeds beter worden. Hierdoor hebben we waardevolle visualisatie van verschillende hersendelen, wat ons weer de mogelijkheid geeft daar ook stappen in te zetten. Onder deze stappen vallen verschillende operatiemethoden, waaronder bijvoorbeeld ook 'deep brain stimulation'.

Heeft u een bepaalde operatie 'style' zoals zittend of staand opereren?

Ik zit tijdens het opereren achter de microscoop. Staand is dit niet te doen. We gebruiken de operatiemicroscoop om te opereren en je zit als neurochirurg op een speciale stoel die steriel is ingepakt achter de microscoop.

Luistert u weleens naar muziek tijdens de operatie?

Soms luister ik naar muziek tijdens de operatie, maar als ik zo geconcentreerd ben dan hoor ik niet eens dat er muziek is. Al met al vind ik het wel fijn om muziek te hebben.

Het behalen van een PhD voor het specialiseren is een tijd lang haast een vereiste geweest. Hier wordt ook steeds meer op teruggekomen. Wat vindt u daarvan?

Ik vind het geen vereiste. Als je academisch opgeleid wordt, vind ik het niet meer dan normaal dat je laat zien dat je ook wetenschappelijk kunt denken en vragen kunt stellen, dus dat je wetenschappelijk geïnteresseerd bent. Dat is iets anders dan een PhD doen. Een PhD maakt jou niet per sé een betere neurochirurg, dat maakt jou een betere academicus.

Dat is dus iets anders dan een betere neurochirurg, wat een PhD logischerwijs geen voorwaarde maakt. Hier in Amsterdam is het zo dat de meeste neurochirurgen eerst ANIOS zijn, dan zie je of het vak bij hen past of dat zij bij het vak passen. Dat is erg belangrijk want op het moment dat je daadwerkelijk de dingen moet doen die je hebt geleerd, dan zit er vaak een lading overheen die je niet zo goed kon voorstellen op het moment dat je er als toeschouwer naar keek. Een hoop mensen dachten dat ze het vak geweldig zouden vinden, maar in de praktijk dachten van “ach misschien toch niet”. Ook is er een aantal mensen die wij als neurochirurgen gewoon niet geschikt vinden en met die reden niet in opleiding komen. De meesten beginnen met enige vorm van onderzoek en maken dat eventueel af tijdens de opleiding.

Heeft u nog een tip voor volgers van Dandy Netherlands?

Staar je er niet blind op. Als je het wil, ervaar het dan eerst voordat je je hele leven in het kader van de neurochirurgie stelt. We hebben veel mensen gehad die vanaf de bachelor al zeiden “ik wil neurochirurg worden” en daar hun hele studietraject op hebben aangepast. Toen ze eenmaal in de praktijk begonnen, waren ze zeer teleurgesteld.

Ik vind het een schitterend vak, maar staar je er niet blind op en ga het toch eerst ervaren voordat je zegt: “dit is mijn toekomst!”.

Het kan zijn dat je uiteindelijk degene bent die past bij het vak en het vak leuk vindt. Ik heb alleen te veel mensen meegemaakt die dan uiteindelijk starten met de neurochirurgie en dan tijdens de ANIOS fase of het eerste jaar van de opleiding denken: “dit is toch niet wat ik wil”. Het is nooit verloren tijd, want je weet dan ook zeker dat het niet bij je past. Het is daarentegen wel droevig. Een fascinatie voor de hersenen betekent niet gelijk dat je neurochirurg moet worden. Kijk ook naar wat er nog meer is waaraan je die fascinatie handen en voeten kan geven.

“Een PhD maakt jou niet per sé een betere neurochirurg, dat maakt jou een betere academicus.”