



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Laparoscopic hysterectomy : predictors of quality of surgery

Twijnstra, A.R.H.

Citation

Twijnstra, A. R. H. (2013, January 9). *Laparoscopic hysterectomy : predictors of quality of surgery*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/20380>

Version: Corrected Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/20380>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Cover Page



Universiteit Leiden



The handle <http://hdl.handle.net/1887/20380> holds various files of this Leiden University dissertation.

Author: Twijnstra, Dries

Title: Laparoscopic hysterectomy : predictors of quality of surgery

Date: 2013-01-09

Chapter twelve

Samenvatting,
Acknowledgements,
Authors and affiliations,
List of publications,
Curriculum Vitae, Dankwoord



Samenvatting

Voor de uterusextirpatie (baarmoederverwijdering) bestaan drie verschillende benaderingen; vaginaal, abdominaal (buiksneede) en laparoscopisch (sleutelgatoperatie). De vaginale uterusextirpatie geldt als de goud standaard, daar deze operatie over het algemeen het kortst duurt, gepaard gaat met weinig bloedverlies, geen uitwendige littekens geeft, relatief goedkoop is en een korte opnameduur en herstelperiode kent. Bij een onmogelijkheid om de uterus vaginaal te benaderen, bestaat er sinds 1989 het alternatief om de uterus laparoscopisch te verwijderen, naast de al veel langer bestaande abdominale uterusextirpatie. De laparoscopische methode kent voordelen ten aanzien van bloedverlies, infectierisico, herstelperiode en cosmetisch-esthetische overwegingen. Deze 'minimaal invasieve' benadering is echter duurder dan de buiksneede, kent een langere operatieduur en wordt als complex gekenmerkt met een langere leercurve voor de operateur.

In Nederland blijkt uit **hoofdstuk 2** de laparoscopische uterusextirpatie diffuus en matig geïmplementeerd te zijn in het gynaecologisch-chirurgische palet. Hoewel ziekenhuizen in het algemeen vaker kiezen voor de minimaal invasieve benadering, waar het bijvoorbeeld de buitenbaarmoederlijke zwangerschap of eierstokoperaties betreft, lijken de meer complexere ingrepen (met als exponent de laparoscopische uterusextirpatie) hierin achter te lopen. In veel ziekenhuizen worden weinig van deze operaties uitgevoerd, terwijl weinig ziekenhuizen veel van deze ingrepen voor hun rekening nemen.

Naast de complexiteit van de ingreep, lijken voorkeur en verwijs-gedrag van zowel operateurs als verwijzende collega's van invloed te zijn op deze matige implementatie. Uit ons onderzoek zoals beschreven in **hoofdstuk 4** komt naar voren, dat ondanks basiskennis van de voordelen van de laparoscopische uterusextirpatie ten opzichte van de abdominale benadering, en er in hypothetische casuïstiek zelfs in de moeilijkere gevallen een voorkeur voor minimaal invasief benaderen bestaat, er in de praktijk zelden of nooit wordt doorverwezen. De operateurs zelf lijken soms afgeschrikt te worden door een hoge body mass index van de patiënt of preoperatief groot geschat uterusgewicht, terwijl we uit de literatuur weten, dat juist de adipeuze patiënt meer voordeel van de laparoscopische benadering ondervindt en dat de meerderheid van de adipeuze patiënten (>85%) ongecompliceerd laparoscopisch geopereerd kan worden. Uit ons onderzoek bleek tevens, dat er in Nederland een sterke groei is in het aantal gynaecologen dat de laparoscopische uterusextirpatie verricht. Op dit moment zegt 1 op de 9 gynaecologen deze verrichting uit te voeren. De helft van deze gynaecologen heeft minder dan 5 jaar ervaring. Van een stabiele implementatie kan tot dusver niet gesproken worden.

De laparoscopische uterusextirpatie kent drie verschillende subtypen; de totaal laparoscopische uterusextirpatie (TLH, waarbij de gehele uterus met baarmoedermond en eventueel meenemen van de eierstokken laparoscopisch wordt verricht en hetzij vaginaal hetzij, na morcellatie via de insteekopening verwijderd wordt), de supracervicale laparoscopische uterusextirpatie (SLH, waarbij de baarmoedermond in het lichaam blijft en aldus de uterus (met eventueel de

eierstokken) na verkleinen laparoscopisch verwijderd wordt) en de laparoscopisch geassisteerde vaginale uterusxectirpatie (LAVH, waarbij een deel van de baarmoeder verwijdering via de kijkbuis en een deel via de schede geschiedt). De TLH wordt het meest uitgevoerd in Nederland. De LAVH blijkt vooral bij 'beginnende' gynaecologen en bij gynaecologen die weinig laparoscopische uterusxectirpaties uitvoeren populair (**hoofdstuk 2**). Onafhankelijk van ervaring blijkt juist deze techniek gepaard te gaan met meer bloedverlies en meer complicaties ten opzichte van de TLH en SLH en zou daarom bij voorkeur verlaten moeten worden (**hoofdstuk 3 en 5**).

In een grote prospectieve studie (de LapTop! studie), waarin 79 gynaecologen een jaar lang al hun laparoscopische uterusxectirpaties registreerden, werd gekeken naar voorspellers van een goede uitkomst van de ingreep (**hoofdstuk 5**). Het uterusgewicht, de body mass index, preoperatieve gezondheid van de patient en het aantal buikoperaties in de voorgeschiedenis bepaalden naast het type laparoscopische uterusxectirpatie de succeskans van de ingreep met betrekking tot bloedverlies, operatietijd en complicatierisico. Wanneer gecorrigeerd werd voor deze factoren, bleek ervaring van de operateur met deze ingreep een onafhankelijke voorspeller voor een goede klinische uitkomst. Deze leercurve bleek door te lopen tot ver voorbij de honderd ingrepen, veel verder dan de 30 ingrepen die eerder in andere (retrospectieve) studies werd verondersteld. Naast de leercurve bleek er ook een onafhankelijke 'operatorsfactor' te bestaan. Dat wil zeggen, dat een operateur met twintig ingrepen ervaring, na correctie voor de moeilijkheid van de ingreep, soms beter kon presteren dan een collega met zestig ingrepen ervaring.

In de 1534 ingrepen, die tijdens deze LapTop! studie werden verzameld, werd ook gekeken naar de kans op een conversie (dat is het besluit tijdens de laparoscopische ingreep alsnog over te gaan tot het verrichten van een buiksneede). In **hoofdstuk 6** staat beschreven, dat de meerderheid van de 70 conversies (4.6%) werd verricht op basis van strategische overwegingen (vaak door bemoeilijkt zicht en/of een immobiele uterus door verklevingen met de buikwand). Van de 'reactieve' conversies was het merendeel het gevolg van een laparoscopisch niet te verhelpen bloeding. Een hoge body mass index of een groot uterusgewicht waren voorspellers voor een conversie, terwijl ervaring hierin niet een voorspeller bleek. Wel bleek er weer sprake van een onafhankelijke 'operatorsfactor' in de besluitvorming tot een conversie; sommige operators kozen onafhankelijk van ervaring en gecorrigeerd voor de complexiteit van de patiënt vaker voor een conversie, dan andere operators.

Uit onze klinische studie naar nociceptieve en endocriene factoren in pijnperceptie bij de drie benaderingen van de uterusxectirpatie, zoals beschreven in **hoofdstuk 7**, bleek dat de laparoscopische variant niet 'minimaal pijnlijk' bleek ten opzichte van de vaginale en abdominale tegenhanger, maar wel een snel(ler)e daling van de pijnscores postoperatief gevonden. Tevens bleek weinig toegevoegde waarde van een ruggeprik naast de conventionele narcose bij een laparoscopische uterusxectirpatie.

In **hoofdstuk 8** beschrijven we, dat het aanleren en beklijven van de techniek van de laparoscopische uterusxectirpatie door middel van een mentorship of fellowship effectief, veilig en duurzaam blijkt. In deze studie, waarin twee gynaecologen gedurende 20-30 ingrepen werden begeleid door een ervaren mentor bleken de operatieduur, indicatie en complicatierisico tijdens en na afsluiten van het 'meester-gezel'-trainingsprogramma vergelijkbaar tussen de lerende gynaecologen en hun mentor.

Onder andere vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg is er een groeiende vraag naar indicatoren voor goede operators. In ons onderzoek in **hoofdstuk 9**, waarin 50 operators (die ook deelnamen aan de LapTop! studie) een laparoscopische knoop moesten leggen in een box trainer, bleek ervaring niet een discriminerende voorspeller voor een snelle en efficiënt gelegde knoop. Wanneer werd vergeleken met klinische uitkomsten zoals bloedverlies en operatieduur (na correctie voor voornoemde patiënt karakteristieken), bleek er tevens geen discriminerend verband te bestaan tussen deze klinische uitkomstmaten en de uitkomsten op de boxtrainer. Het 'op het droge' testen van operators heeft dus geen voorspellende waarde voor klinische uitkomsten op de operatiekamer. Het continu registreren van klinische uitkomsten, gecorrigeerd voor de 'complexiteit' van de patiënt en in vergelijking tot de gemiddelde operatie uitkomsten van alle operators bleek daarentegen wel degelijk zin te hebben, zo bleek uit ons onderzoek met behulp van 'cumulative summation', CUSUM analyse, beschreven in **hoofdstuk 10**. Op deze wijze kan binnen een beperkt aantal ingrepen gesignaleerd worden of een operator sterk afwijkend van het gemiddelde opereert. Aldus kunnen (tijdig) risicofactoren geïdentificeerd worden (die mogelijk in de vaardigheid van de operator, het team of het instrumentarium liggen) en op maat verbeterd.

Dit is noodzakelijk, aangezien in dit proefschrift is aangetoond, dat er een variatie in vaardigheid ten opzichte van de techniek bestaat waarbij de leercurve binnen de laparoscopische hysterectomie niet eindig blijkt. Daarom is het continu registreren van voorspellers van de kwaliteit van de ingreep alsmede haar uitkomsten van groot belang teneinde de patiëntveiligheid te kunnen waarborgen.

Acknowledgements

I would like to thank every gynecologist in the Netherlands who took the effort to provide information on hospital based numbers of performed procedures (chapter 2) or provided insight into his/her preferences with respect to mode of hysterectomy (chapter 4).

Extra special thanks to the 79 'LapToppers' who volunteered to record all of their consecutive laparoscopic hysterectomies for a full year:

Alkmaar (Medisch Centrum Alkmaar) Cécile Vergnes, Albert Adriaanse; **Amsterdam** (Onze Lieve Vrouwe Gasthuis) Erica Bakkum, Paul van Kesteren; (Sint Lucas Andreas Ziekenhuis) Andreas Thürkow, Celine Radder; (VU Medisch Centrum) Hans Brölmann, Judith Huirne, Marchien van Baal, Mike Trotsenburg; **Apeldoorn** (Gelre Ziekenhuizen) Wilbert Spaans; **Arnhem** (Ziekenhuis Rijnstate) Francis Hartog, Karin Aalders, Arjan Kraaijenbrink, Paul Dijkhuizen; **Assen** (Wilhelmina Ziekenhuis) Lasse Paulsen, Maarten Glas; **Boxmeer** (Maasziekenhuis Boxmeer) Sander de Wit, Barbara Havenith, Jacobien van der Ploeg; **Breda** (Amphia Ziekenhuis) Leonard Berger; **Capelle a/d IJssel** (IJsselland Ziekenhuis) Wouter Renes; **Den Bosch** (Jeroen Bosch Ziekenhuis) Brenda Pijlman; **Den Haag** (Medisch Centrum Haaglanden) Lucien Haans; (Bronovo Ziekenhuis) Maddy Smeets, Johann Rhemrev; **Den Helder** (Gemini Ziekenhuis) Thomas Tavernier, Paul Houben, Jaap Friederich; **Dirksland** (Van Weel-Bethesda Ziekenhuis) Rolf Cikot; **Doetinchem** (Slingeland Ziekenhuis) Kirsten Smeets; **Dordrecht** (Albert Schweitzer Ziekenhuis) Kees Hogewoning; **Drachten** (Ziekenhuis Nij Smellinghe) Pieter van den Hurk; **Eindhoven** (Catharina Ziekenhuis) Dick Schoot; **Emmen** (Scheper Ziekenhuis) Claudia Asmussen, Jan Burggraaf, Laurens de Vries, Ruth Elberink; **Enschede** (Medisch Spectrum Twente) Rik Quatero; **Geldrop** (Sint Anna Ziekenhuis) Jan Molkenboer; **Gorinchem** (Rivas Medizorg) Jos Derksen, Marlies de Groot, Jan Schrickx; **Gouda** (Groene Hart Ziekenhuis) Co'tje Admiraal, Claudia van Meir; **Groningen** (Martini Ziekenhuis) Jan Wijma; (UMC Groningen) Henriëtte Arts, Marjan Mourits; **Hengelo** (Streekziekenhuis Midden Twente) Rob van der Sijde; **Hoofddorp** (Spaarne Ziekenhuis) Astrid Vollebregt; **Leeuwarden** (Ziekenhuis MCL) Taeke Spinder; **Leiden** (Diakonessenhuis) Frans Copray; (Leids Universitair Medisch Centrum) Frank Willem Jansen; **Nieuwegein** (Sint Antonius Ziekenhuis) Bas Veersema; **Nijmegen** (Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis) Jan de Kruif; (UMC St. Radboud) Kirsten Kluivers, Maaïke van Ham, Ruud Bekkers; **Sneek** (Antonius Ziekenhuis) Elvira Serlier; **Terneuzen** (Ziekenhuis Zeeuws-Vlaanderen) JC Kant; **Tilburg** (TweeSteden Ziekenhuis) Annette ter Haar, Hanny Pijnenborg; **Utrecht** (Diakonessenhuis) Freek Berkhout, Hasan Unsalan, M Bulstra, Piet Scholten; **Veldhoven** (Máxima Medisch Centrum) Eric Mendels, Marlies Bongers, Peggy Geomini, Minouche van Rumstée; **Zutphen** (Gelre Ziekenhuizen) E Zanders, Hugo Deelen; **Zwolle** (Isala Klinieken) Harm de Haan, Henk ter Brugge, Hugo van Eijndhoven, Walter Kuchenbecker.

Authors and affiliations

Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam

Department of Obstetrics and Gynecology: *Paul van Kesteren*

IJsselland Ziekenhuis, Capelle aan den IJssel

Department of Obstetrics and Gynecology: *Noush Kianmanesh Rad*

Delft University of Technology, Delft

Department of Biomechanical Engineering: *Jenny Dankelman*

Bronovo Ziekenhuis, Den Haag

Department of Obstetrics and Gynecology: *Maddy Smeets, Johann Rhemrev*

Haga Ziekenhuis, Den Haag

Department of Obstetrics and Gynecology: *Wendela Kolkman*

Groene Hart Ziekenhuis, Gouda

Department of Obstetrics and Gynecology: *Co'tje Admiraal*

Kennemer Gasthuis, Haarlem

Department of Obstetrics and Gynecology: *Elzelyne Balkema*

Leiden University Medical Center, Leiden

Department of Gynecology: *Trudy Trimbos-Kemper, Frank Willem Jansen, Cor de Kroon, Mathijs Blikkendaal, Ellen Hiemstra*

Department of Medical Decision Making: *Anne Stiggelbout*

Department of Medical Statistics: *Erik van Zwet*

Department of Anesthesiology: *Albert Dahan*

Department of Psychosomatic Gynecology and Sexology: *Moniek ter Kuile*

List of publications

Twijnstra AR, Blikkendaal MD, van Zwet EW, de Kroon CD, Jansen FW.

Tailor made proficiency curves in laparoscopic hysterectomy: enhancing patient safety using cumulative sum analysis.

Submitted

Twijnstra AR, Hiemstra E, van Zwet EW, Balkema EI, Dankelman J, Jansen FW.

Intracorporeal knot tying in a box trainer as predictor of surgical outcome in advanced laparoscopy: how proficient is in vitro evaluation in experts?

Submitted

Twijnstra AR, Blikkendaal MD, van Zwet EW, Jansen FW.

Clinical relevance of conversion rate and its evaluation in laparoscopic hysterectomy.

Accepted in J Minim Invasive Gyn. 2012.

Twijnstra AR, Dahan A, ter Kuile MM, Jansen FW.

Noiceptive and stress hormonal state during abdominal, laparoscopic and vaginal hysterectomy as predictors of postoperative pain perception.

Gynecol Surg. 2012 September. Epub ahead of print

Blikkendaal MD, **Twijnstra AR**, Pacquee SC, Rhemrev JP, Smeets MJ, de Kroon CD, Jansen FW.

Vaginal cuff dehiscence in laparoscopic hysterectomy: influence of various suturing methods of the vaginal vault.

Gynecol Surg. 2012 Nov;9(4):393-400. (PMID: 23144640)

Twijnstra AR, Blikkendaal MD, van Zwet EW, van Kesteren PJ, de Kroon CD, Jansen FW.

Predictors of successful surgical outcome in laparoscopic hysterectomy.

Obstet Gynecol. 2012 Apr;119(4):700-8 (PMID: 22395145)

Rodrigues SP, de Burlet KJ, Hiemstra E, **Twijnstra AR**, van Zwet EW, Trimbos-Kemper TC, Jansen FW.

Ectopic pregnancy: when is expectant management safe?

Gynecol Surg. 2012 Nov;9(4):421-426. (PMID: 23144641)

Twijnstra AR, Stiggelbout AM, de Kroon CD, Jansen FW.

Laparoscopic hysterectomy: eliciting preferences of performers and colleagues via conjoint analysis.

J Minim Invasive Gynecol. 2011 Sep-Oct;18(5):582-8 (PMID: 21803663)

Twijnstra AR, Leenders SJ, Zeeman GG, Jansen FW.

Implementatie van de NVOG-complicatieregistratie: een schijnbaar ongecompliceerde exercitie?

Ned Tijdschr Obst Gyn 2010; 8:270-4.

Twijnstra AR, Blikkendaal MD, Kolkman W, Smeets MJ, Rhemrev JP, Jansen FW.

Implementation of laparoscopic hysterectomy: maintenance of skills after a mentorship program. *Gynecol Obstet Invest.* 2010 Jun 16;70(3):173-178 (PMID: 20558991)

Einarsson JI, Vellinga TT, **Twijnstra AR**, Chavan NR, Suzuki Y, Greenberg JA.

Bidirectional barbed suture: an evaluation of safety and clinical outcomes. *JSLs.* 2010 Jul-Sep;14(3):381-5. (PMID 21333192)

Twijnstra AR, Kolkman W, Trimbos-Kemper GCM, Jansen FW.

Implementation of advanced laparoscopic surgery in gynecology: national overview of trends. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010 May 13. (PMID: 20471917)

Twijnstra AR, Zeeman GG, Jansen FW.

A novel approach to registration of adverse outcomes in obstetrics and gynaecology: a feasibility study. *Qual Saf Health Care.* 2010 Apr;19(2):132-7. (PMID: 20351161)

Twijnstra AR, Kianmanesh Rad NA, Smeets MJ, Admiraal JF, Jansen FW.

Twenty-first century laparoscopic hysterectomy: should we not leave the vaginal step out? *Gynecol Surg.* 2009 Nov;6(4):311-316. (PMID 20234845)

Blikkendaal MD, **Twijnstra ARH**, Smeets MJ, Rhemrev JPT, Jansen FW.

Laparoscopische hysterectomie: veilige introductie van een nieuwe operatietechniek. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2009;153:A255.

Twijnstra ARH, Jansen FW.

Hoe implementeer ik veilig de laparoscopische hysterectomie in mijn kliniek? *Reproductieve geneeskunde, gynaecologie en obstetrie anno 2009: 455-457.* (ISBN 978-90-811646-5-8)

Jansen FW, **Twijnstra ARH**, NVOG Commissie Complicatieregistratie.

Complicatieregistratie voor Obstetrie & Gynaecologie van de NVOG; verslag van een pilotstudy. *Ned Tijdschr Obst Gyn* 2007; 120: 35-40

Jansen FW, **Twijnstra ARH**.

Complicatieregistratie als kwaliteitsinstrument. *Ned Tijdschr Obst Gyn* 2007; 120: 32-34.

Curriculum vitae

Dries Twijnstra werd op 14 december 1981 geboren in het Geertruide Ziekenhuis te Deventer. Hij groeide op in Diepenveen en voltooide in 2000 het Gymnasium Bèta aan het Geert Groote College te Deventer. Na uitloten werd hij in Leiden in dat zelfde jaar alsnog decentraal voor de studie Geneeskunde geselecteerd, welke hij in 2007 afrondde. Onder leiding van prof. dr. F.W. Jansen startte hij als student met landelijk onderzoek naar complicatieregistratie in de gynaecologie en verloskunde, waarna hij de kans kreeg in een AIOSKO constructie promotieonderzoek naar de implementatie van de laparoscopische hysterectomie te verrichten, waarvan de resultaten in dit proefschrift zijn beschreven.

Vanaf oktober 2010 is hij in opleiding tot gynaecoloog in het Bronovo Ziekenhuis te Den Haag (opleider Dr. C.A.G. Holleboom) en sinds oktober 2012 vervolgt hij deze in het Leids Universitair Medisch Centrum te Leiden (opleider Prof. Dr. J.M.M. van Lith).

Dankwoord

Allereerst gaat mijn dank uit naar alle gynaecologen en patiënten die hun toestemming en openhartige medewerking verleenden aan de onderzoeken die leidden tot de basis voor dit proefschrift.

Wendela, ik had als co-assistent niet kunnen bevroeden, dat tijdens die rustige nachtdienst aan de vooravond van jouw promotie eind 2006, je enthousiastmerende verhaal over onderzoek doen en dat ene mailadres zo'n uitwerking zouden hebben, waarvoor dank! Frank Willem, al vanaf de wetenschapsstage bleken we (nadat je me snel afleerde te voutsvoyeren) de zelfde taal te spreken en heb ik me altijd zeer welkom gevoeld voor het immer laagdrempelig overleg op de K6, onderzoekskamer of zeilboot. Als een ware mentor heb je me ongecompliceerd door mijn promotie geloodst, mashi danki! Cor, ook wij delen een passie voor zeilen, maar eveneens in het onderzoek heb je me op gezette tijden net een tandje hoger laten varen met je opmerkingen en tips.

Dank ook aan de secretaresses, verpleegkundigen, gynaecologen en arts-assistenten in het LUMC en Bronovo, in het bijzonder Maddy, Johann, Cas en Berty voor medewerking en faciliteren van mijn onderzoek op vele verschillende manieren.

Onderzoek doen in het LUMC was lang niet zo'n groot feest geweest zonder de Leerzame Krokettenuitdaging, dubbelblind evidence based zeilen en stoom afblazen met Ellen, Peggy, Sabrina, Sharon, Jochem, Femke, Lisa, Marie-Louise, Irene, Claire, Vivian, Jolijn, Helene, Edith en Ellen; houd de spirit er in! De studenten die ik heb mogen begeleiden; Sanne, Kirsten, Thomas, Leonie en Elzelyne, het gaat jullie goed. In het bijzonder natuurlijk Mathijs; inmiddels heb je al weer ruim en met verve het minimaal invasieve stokje overgenomen; op dat we nog een hoop samen gaan opschrijven!

John Patrick, eens verzorgde je vijf albumhoezen voor SallySkunk en nu ontwerp je 'de perfecte uterusvorm' voor dit proefschrift; heel bijzonder, dat je ook bij dit 'magnum opus' het artwork voor je rekening nam! Mijn familie en vrienden, in het bijzonder Jeroen, Remy, Daniel, Chiel, Sybolt, Hylke, Koos, Duco en Arjen; ja, het is weer (meer) tijd om muziek te maken, in de trapeze te hangen, of gewoon weer eens een ouderwetse kroegenavond af te spreken. Sven en Rood, musketiers, na huis-, studie-, en promoveergenoot nu opnieuw als paranimf gezamenlijk de bühne op, ik waardeer dit enorm!

Lieve pa, wat was je trots, toen je nog net voor je overlijden hoorde, dat ik (net als jij) mocht beginnen met promotieonderzoek. Lieve mamma, wat had ik je graag hier bij gehad, altijd meelevend, warm en oprecht geïnteresseerd zoals je was weet ik je vandaag in gedachten bij me.

Mijn liefste Lies, vaak wordt er in het dankwoord aan de partner beterschap en meer tijd samen beloofd 'nu het boekje af is'. Welnu, dat is zeker zo, maar zonder onderzoek was ik wellicht nooit bij jou aan de lunchtafel aangeschoven en daarom beschouw ik dit feit als de mooiste, meest waardevolle en gelukkige 'toevalsbevinding' van mijn promotieperiode. Ik kijk uit naar al het moois wat we nog samen gaan beleven, allereerst in afwachting van jouw proefschrift!

