

Brandwondencentra in Groningen en Rotterdam

A. van Kessel

Chirurgen Gerard Beerthuizen en Kees van der Vlies werken in de brandwondencentra van Groningen en Rotterdam. Ze vertellen over de brandwondenzorg in Nederland en wat het vak zo bijzonder maakt.

Gerard Beerthuizen – chirurg-intensivist in het Martini Ziekenhuis Groningen en medisch organisatorisch hoofd van het Brandwondencentrum voor Noord- en Oost-Nederland

Hoe bent u in de brandwondenzorg terechtgekomen?

Dat was al in mijn studententijd. Ik deed toen experimenteel en klinisch onderzoek naar zuurstofmetingen in de spier bij dreigende shock. In 1987 promoveerde ik op datzelfde onderwerp. Aan het begin van mijn opleiding heb ik daarnaast acht maanden onderzoek gedaan met subsidie van de Nederlandse Brandwonden Stichting. Ik deed zuurstofmetingen bij patiënten met uitgebreide brandwonden. Mijn opleider, professor Goris, was erg geïnteresseerd in brandwonden en we hadden ook een brandwondenbed op de afdeling Heelkunde. Op basis van mijn onderzoek werd ik uitgenodigd om een jaar in een van de grootste brandwondencentra in de Verenigde Staten te komen werken. Bij terugkomst zochten ze een chirurg in het Brandwondencentrum in Groningen en zo ben ik hier terechtgekomen.

Wat maakt de brandwondenzorg voor u zo bijzonder?

Het is uitdagende zorg. Brandwondenzorg is organisatiezorg; het hele proces rondom de patiënt moet goed georganiseerd worden. We hebben te maken met ernstige traumapatiënten die langdurige zorg behoeven. Het meest aantrekkelijke is voor mij de multidisciplinaire behandeling van deze patiënt. Eén van de redenen dat ik naar Groningen ben gekomen is dat ze hier al een multidisciplinair team hadden met een chirurg, een plastisch chirurg, revalidatiearts, psycholoog en microbioloog. Dat team is alleen maar groter geworden. Aan de andere kant trekt de chirurgische pathofysiologie, de veranderingen die ontstaan door het inwerken van een groot trauma, mij ook erg aan. Bij brandwonden kun je dat in zijn puurste vorm zien. Je kunt het hele proces van wondgenezing visueel volgen.

U noemde al even de organisatie van brandwondenzorg. Hoe is die in Groningen geregeld?

Eigenlijk hebben wij al sinds 1979 één zorgpad. Dat komt omdat wij patiënten in alle leeftijdscategorieën en in alle

ernst opnemen. Alleen voor de kinderen die vitaal bedreigd zijn, hebben wij een intensieve samenwerking met het UMCG. De overige patiënten behandelen wij van begin tot eind zelf. Ze worden opgenomen, we bekijken of de behandeling poliklinisch of klinisch kan, of het een IC-patiënt is et cetera. Hij wordt door het hele team behandeld. Als je een uitgebreide brandwondenpatiënt hebt, komt hij eerst in de



Wie is Gerard Beerthuizen?

- Behaalde in 1981 zijn artsexamen aan de Katholieke Universiteit Nijmegen
- Werkte in 1981 als intensiverechtsarts in het Catherina Ziekenhuis in Eindhoven
- Startte in 1982 de opleiding tot algemeen chirurg in het Radboud Ziekenhuis, Nijmegen
- Promoveerde in 1987 op *Skeletal Muscle PO₂ Assessment during imminent shock an experimental and clinical study*
- Behaalde in 1988 zijn specialisatie tot algemeen chirurg
- Was in 1989 research fellow bij het Shriners Burn Institute in Galveston, Texas
- Begon in 1991 als algemeen chirurg in het Martini Ziekenhuis, Groningen
- Registreerde zich in 1994 als chirurg-intensivist
- Is momenteel naast algemeen chirurg ook medisch organisatorisch hoofd Brandwondencentrum voor Noord- en Oost-Nederland
- Is waarnemend opleider heelkunde
- Is president van de European Burn Association
- Aandachtsgebieden: brandwonden, gastro-intestinale chirurgie, laparoscopische colonchirurgie

IC-fase, met intensieve zorg waarbij overleving en bedekking van de grote huiddefecten centraal staat. Vervolgens komt hij in het traject waarbij teruggang naar de maatschappij centraal staat. Weer een stapje verder is het poliklinische traject om te bekijken hoe het met de re-integratie gaat en waar er nog verbetering op kan treden. En daarna komt de littekenproblematiek meer op de voorgrond, alhoewel de behandeling daarvan eigenlijk al op dag 0 begint.

Hoe vindt u de samenwerking tussen de drie brandwondencentra?

Met de drie brandwondencentra werken wij intensief samen in de Vereniging Samenwerkende Brandwondencentra. Op wetenschappelijk gebied werken wij op internationaal en nationaal gebied actief samen in de Academie voor Brandwondenzorg die door de Nederlandse Brandwonden Stichting is ingesteld. De totale multidisciplinaire behandeling komt tot uitdrukking in de Nederlandse Vereniging Brandwondenzorg met een voor- en najaarsvergadering. Ik denk dat dit heel belangrijke zaken zijn.

Is er in het geval van rampen sprake van een goede samenwerking tussen de verschillende centra?

Ja, die is heel goed. We hebben goed overleg en er is een rampenprotocol. Daarnaast hebben we de EMSB-cursus (*Emergency Management of Severe Burns*) geregeld dus wat dat betreft zijn we goed voorbereid. De capaciteit bij rampen is natuurlijk onvoldoende maar dat is nou eenmaal zo.

Hoe vindt u de aandacht voor brandwondenzorg binnen de geneeskundeopleiding?

Brandwonden zitten helaas niet in het curriculum van geneeskundestudenten. Het komt alleen zijdelings bij de traumatologie aan de orde. De EMSB-cursus is bij ons wel verplicht voor de assistenten die brandwondenpatiënten opvangen. Ook chirurgen in opleiding met de differentiatie traumatologie moeten de cursus volgen. Op verzoek van studenten geneeskunde verzorg ik wel colleges over brandwondenzorg. Het zou een goede zaak zijn als dat een verplicht onderdeel zou worden.

Kees van der Vlies - traumachirurg in het Maasstadziekenhuis Rotterdam en medisch manager van het brandwondencentrum in het Maasstadziekenhuis

Hoe bent u in de brandwondenzorg terechtgekomen?

Ik heb tijdens mijn opleiding eigenlijk weinig met de brandwondenzorg te maken gehad. Pas toen ik hier als traumachirurg solliciteerde, heb ik eerst een aantal dagen meegelopen om ook de brandwondenzorg te leren kennen. Vooral de combinatie van traumachirurgie met brandwondenzorg vind ik aantrekkelijk want dat maakt het werk heel afwisselend. Met name het multidisciplinaire karakter van de zorg rond een brandwondenpatiënt is een uitdaging en hierin kun je als traumachirurg een belangrijke rol vervullen.

Hoe is de samenwerking tussen de verschillende disciplines in Groningen?

Wij hebben in Groningen dagelijks samen ochtendbespreking. Daarbij zijn chirurgen, intensivisten, plastisch chirurgen, brandwondenartsen en de verpleegkundigen aanwezig. Drie tot vier keer per week voegen de diëtiste, de fysiotherapeut, de ergotherapeut, de psychiater en de medisch microbioloog zich bij ons en op werkdagen is de psycholoog erbij. Eén keer per week hebben we groot overleg waarin alle disciplines vertegenwoordigd zijn, waaronder bijvoorbeeld ook de internist, de verpleegkundig consultant, de nurse practitioner en de kinderarts als het nodig is. Dus dat is heel uitgebreid.

Waar verwacht u de belangrijkste ontwikkelingen op het gebied van brandwondenzorg de komende jaren?

Dat is denk ik in de verdere beheersing en beïnvloeding van het ontstekingsproces. Ik verwacht dat we daar meer in kunnen gaan sturen. Daarnaast verwacht ik veel van de dermaalsubstituten, dat we huid kunnen ontwikkelen die van betere kwaliteit is dan de split-skin graft die we op dit moment gebruiken.

Is er verder nog iets dat u kwijt wilt?

Chirurgisch technisch zouden bijna alle plastisch chirurgen de brandwondenzorg op zich kunnen nemen, maar dit is maar een heel klein onderdeel van de behandeling van deze patiënt. De patiëntencategorie waar het om gaat bevat patiënten uit de randen van de samenleving: oude van dagen, jonge kinderen, psychiatrisch patiënten in een psychose die zichzelf wat aandoen, gehandicapt. Het is een patiëntencategorie waar veel meer bij komt kijken dan alleen die brandwond. Een brandwond heeft veel meer impact dan alleen de wond en de wondgenezing.

Hoe vindt u de kwaliteit van de brandwondenzorg in Nederland?

De brandwondenzorg in Nederland staat internationaal goed aangeschreven. Dit blijkt onder andere uit het aantal internationale wetenschappelijke publicaties, de bestuurlijke posities die Nederlanders innemen, het verzorgen van de EMSB-cursus zowel landelijk als in het buitenland en uit de landelijke dataregistratie. In de landelijke dataregistratie worden de gegevens van iedere patiënt die in een van de brandwondencentra opgenomen wordt, geregistreerd. Hierdoor is het mogelijk de 'outcome' van zorg rond brandwondenpatiënten te monitoren en daar waar nodig bij te sturen.

Welke verbeterpunten ziet u nog?

Vroeger richtte de brandwondenzorg zich op overleving van de patiënten. Op dat gebied hebben we, door onder andere betere wond- en IC-zorg, al veel bereikt. Momenteel ligt de focus op de uitkomst van kwaliteit van leven waarin de littekenvorming een centrale rol speelt. Op dat vlak valt er zeker nog winst te behalen.

Wat vindt u van de opvang van brandwondenpatiënten?

Die is over het algemeen goed geregeld in Nederland, zowel in de drie centra als in de overige ziekenhuizen. We geven al heel lang de EMSB-cursus voor de opvang van acute brandwondenpatiënten. Daarnaast zijn er duidelijke afspraken over de opvang en behandeling van patiënten; of ze perifeer kunnen blijven of dat ze naar één van de drie centra moeten. Tevens verschijnt er volgend jaar een landelijke richtlijn waar al deze afspraken en de achtergrond daarvan in beschreven zijn.

Hoe komt het multidisciplinaire karakter van de zorg in Rotterdam tot uiting?

Zodra de patiënt binnen komt, begint de samenwerking. Als het om een kind gaat, is de kinderarts erbij, gaat het om een IC-patiënt dan is dat de intensivist. Naast de medische groepen zijn psychologen belangrijk, evenals maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en een microbioloog. Al met al zijn er heel wat mensen bij betrokken om een goede en complete brandwondenzorg te realiseren. Voor de patiënt is de multidisciplinaire aanpak van groot belang om alle aspecten van de brandwondenzorg te kunnen leveren.

Wat onderscheidt Rotterdam van de andere twee centra?

Dat is lastig te zeggen. We hebben veel overeenkomsten met de andere twee centra. Groningen doet het wondbeleid net wat anders. Zij gebruiken bij de behandeling het topicaal middel Flammacerium® en wachten iets langer met opereren. Wij zijn een beetje dezelfde school als Beverwijk: vroeg opereren en hetzelfde wondbeleid. Wat ons doet afwijken van Beverwijk is dat wij de kinderen op de afdeling hebben, geïntegreerd in het brandwondencentrum. Hoewel er dus geringe verschillen in de behandeling zijn, is belangrijk te noemen dat er in Nederland geen onderscheid is in brandwondenzorg tussen de drie verschillende centra. Daarnaast is er een prima samenwerking tussen de drie centra op zowel (para-)medisch als wetenschappelijk gebied.

Vindt u dat geneeskundestudenten eerder met brandwondenzorg in aanraking moeten komen?

Op dit moment is het geen verplicht onderdeel van het curriculum geneeskunde. Ik heb recent in het EMC buiten het curriculum om keuzeonderwijs over de brandwondenzorg gegeven en ik denk dat er binnen het curriculum ook zeker behoefte aan is en er een plaats voor moet zijn.



Wie is Kees van der Vlies?

- Behaalde in 1999 zijn artsexamen aan de Erasmus Universiteit Rotterdam
- Behaalde in 2010 zijn specialisatie tot traumachirurg aan het Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- Behaalde in 2010 zijn master of klinische epidemiologie aan het VUmc Amsterdam
- Werkt sinds 2010 als traumachirurg in het Maasstadziekenhuis Rotterdam
- Promoveerde in 2012 op *Blunt abdominal trauma. Changing patterns in diagnostic and treatment strategies*
- Is tevens medisch manager van het brandwondencentrum in het Maasstadziekenhuis Rotterdam en bestuurslid van de European Burn Association
- Aandachtsgebieden: brandwonden, traumachirurgie, sportletsels

Welke veranderingen verwacht u in de brandwondenzorg de komende jaren?

Ik verwacht veel van de ontwikkelingen op het gebied van littekenbehandeling, met name op het gebied van dermale substituten en lipofilling. Daarnaast verwacht ik dat we met de juiste timing van chirurgie de uitkomst van de brandwondenzorg kunnen verbeteren.

CORRESPONDENTIEADRES

Anne van Kessel
dchg medische communicatie
Hendrik Figeeweg 3G-20
2031 BJ Haarlem
E-mail: anne.vankessel@dchg.nl