

TRAUMADAGEN 2016

De Traumadagen 2016 zijn alweer voorbij. Twee dagen lang kwamen operatieassistenten, traumachirurgen en orthopedisch traumachirurgen deze herfst bij elkaar in de RAI in Amsterdam om de laatste stand van zaken over traumatologie te bespreken.

Tekst: Ingrid Lutke Schipholt
Foto's: Guus Pauka en Hennie Mulder

De LVO trakteerde haar leden dit jaar weer op een parallelprogramma speciaal gericht op operatieassistenten. Tijdens de eerste congresochtend kregen de operatieassistenten lezingen over de nabehandeling van vingerfracturen, 3D-printingstechnologie met 3D-rendering voor de correctie van een *non-union* midschacht claviculafractuur en huidige inzichten in de osteosynthese van fracturen.

Maar eerst was er het plenaire programma, dat samen met de artsen werd gehouden. De dag begon met een slimme opmerking van Loesje: 'Waarom moeilijk doen als het samen kan?' Een ludieke introductie op het onderwerp 'samenwerking in de traumazorg'.

MULTIDISCIPLINAIRE TRAUMA-UNIT

Dagvoorzitter prof. dr. Inger Schipper, voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie, vertelt over de Taskforce Traumatologie. Taskforce I werd opgericht in 2014 en heeft onderzocht hoe binnen de traumazorg beter kan worden samengewerkt. Voorgesteld werd een multidisciplinaire trauma-unit, waarbinnen traumachirurgen en trauma-orthopeden samen verantwoordelijk zijn voor de opvang en behandeling van traumapatiënten. Om deze 'binnenring' zit dan een tweede ring van specialisten die op consultbasis bij de behandeling betrokken worden. Verder moet er een zorgpad komen dat per ziekenhuis wordt geregeld.

Dit jaar is Taskforce I opgevolgd door Taskforce II. Die houdt zich bezig met de verfijning van de zorg. De Taskforce heeft de competenties van specialisten in de binnenste ring van de trauma-unit omschreven. In het algemeen gelden die als volgt, houdt Schipper de congresdeelnemers voor: registratie als traumachirurg/orthopedisch chirurg-traumatoloog, aantoonbare besteding van minimaal



vier dagdelen per week aan traumazorg, minimaal 75 traumachirurgische ingrepen per jaar en 20 accreditatiepunten per jaar voor traumagerelateerde onderwerpen. Taskforce II zal ook met de opleidingen gaan bekijken hoe die aandacht kunnen besteden aan de trauma-unit.

BATTLE

Na de stand van zaken over de trauma-unit is het tijd voor de inmiddels jaarlijks terugkerende *battle*. Ditmaal is het thema periprothetische fracturen. Traumachirurg aan het VUmc Amsterdam dr. Maayke van Sterkenburg treedt op als voorstander van cerclage bij trochanter-majorfracturen. Aios orthopedie Maarten Röling uit het Erasmus MC Rotterdam betoogt dat de haakplaat toch echt de voorkeur heeft.

Sterkenburg bijt het spits af door te stellen dat cerclage met bekend materiaal wordt gedaan en dat het goed beschikbaar is. In elk ziekenhuis is zo goed als altijd cerclagemateriaal aanwezig. Verder is het goedkoop en behoeft het geen uitgebreide dissectie. Van dit alles is haar opponent Röling niet bijster overtuigd. Hij stelt dat plaatosteosynthese beter is. 'Je kunt niet alles vastzetten met een draadje, omdat er verschillende krachten op het bot worden uitgeoefend. Denk aan op- en zijwaartse krachten. Een ander nadeel van cerclage is kabelbreuk: de draad kan gemakkelijk breken door rotatiedruk. En verder is cerclage niet altijd minimaal invasief. Nee, de haakplaat heeft veruit de voorkeur', zo betoogt hij aan de hand van verschillende wetenschappelijke onderzoeken. Verder stelt Röling dat de kosten van een haakplaat, zo'n 975 euro, niet schrikbarend hoog zijn.

Als de twee pleitbezorgers hun verhaal hebben gehouden, vraagt de dagvoorzitter aan de aanwezigen in de zaal wat hun voorkeur heeft: cerclage of plaat? Het blijkt dat de verhouding cerclage of plaat gelijk is.

GEPRINTE ZAAGMALLEN

Tijdens de koffiepauze deze ochtend is het een enorme drukte in de verschillende lobbyruimten, waar zo'n twintig technische far-

maceuten hun innovatieve instrumenten, implantaten en hulpmiddelen laten zien. De producten zijn divers: van eenvoudige pinnen en doorlichtsystemen tot femurpennen die antibiotica afgeven.

Hierna start de parallelsessie voor de operatieassistenten in een aparte zaal. Plastisch chirurg Bianca Rijken uit het Maasstad Ziekenhuis Rotterdam bespreekt hoe 3D-printingstechnologie met 3D-rendering een non-union midschacht claviculafractuur kan helpen corrigeren. Ze behandelt een casus van een 34-jarige patiënt die na een auto-ongeluk kampte met een ernstig beschadigde clavicula. De artsen berekenden met 3D-imaging hoeveel rotatie er nog was in de schouder. Ook brachten ze het gezonde en ongezonde deel van de clavicula in 3D-beeld. Met een softwarepakket berekenden ze vervolgens heel precies welke zaagmallen ze nodig hadden. Die mallen lieten ze in 3D printen, zodat ze tijdens de operatie heel exact het ongezonde bot konden wegzagen. Vervolgens zaagden ze met dezelfde mallen donorbot uit het bekken, dat ze naar de clavicula transplanteerden. Drie weken na de operatie was de patiënt grotendeels klachtenvrij. Na zes maanden was er consolidatie en had de patiënt geen klachten meer.

Als laatste deze ochtend spreekt orthopeed Jan van Mourik uit het Máxima Medisch Centrum Veldhoven. Hij vertelt over de huidige inzichten op het gebied van osteosynthese. Na een kort college over het bot (osteoclasten, osteoblasten, osteocyten en



hun werking) en de behandeling van fracturen bespreekt hij een flink aantal cases. Hij toont een fractuur en vraagt aan de zaal welke stappen de chirurg hierbij zou nemen. De aanwezigen gaan er – nu even in rol van behandelaar – geëngageerd op in.

‘OP ALLE GEBIEDEN BIJBLIJVEN’

Dan is het voor de ongeveer 150 operatie-assistenten en honderden artsen tijd om te lunchen en nog eens de beursvloer te betreden. Dit is ook het moment om met collega’s in gesprek te komen.

Operatieassistent Muhibe Ozseker, werkzaam in het Slingelandziekenhuis Doetinchem, vertelt wat ze vandaag wil leren: ‘Ik ben hiernaartoe gekomen omdat ik hier extra informatie krijg over het nieuwste van het nieuwste. En ik vind het allemaal interessant. Normaal gesproken werk ik op de KNO-operatiekamers. Maar omdat ik ook diensten doe, moet ik op alle gebieden bijblijven.’

Verderop loopt operatieassistent Rick van der Sluis van het Medisch Centrum Leeuwarden. Hij is hier met zijn collega Hanneke van Althuis. Rick: ‘Ik hoop hier meer ins en outs mee te krijgen over ons vak. Ik ben nog niet zo heel lang klaar met de opleiding. Deze ochtend hadden we een interessant programma. Bijzonder vond ik de lezing over de CT-scan van het acetabulum. Vaak doen we die na een operatie. Nu blijkt dat tijdens de operatie beter is. Er werd hier een oproep gedaan om dit standaard tijdens de operatie te doen.’ Normaal gesproken werkt hij op de algemene operatiekamer.



Hij vindt traumatologie heel boeiend: ‘Het leuke is dat je samen puzzelt hoe een letsel aangepakt moet worden. Bij traumatologie wordt de operatieassistent er vaak wel bij betrokken. In de electieve zorg is de procedure al bedacht en bekend. Bij de traumatologie wordt veel meer ad hoc gehandeld.’

Zijn collega Hanneke van Althuis valt hem bij. Normaal gesproken werkt ze op de orthopedische OK: ‘Het leukste van deze richting, de trauma, is de dynamiek. Samen zoeken naar mogelijkheden en samen nadenken over de beste benadering van een probleem, dat vind ik mooi.’

DE RÖNTGEN BEDIEN JE NIET ZOMAAR

Het middagprogramma begint weer met sessies voor operatieassistenten. Een van de sprekers, George Matziolis van de Universiteit van Jena, richt zich via Skype tot zijn gehoor, omdat hij vanuit Duitsland niet op tijd in Amsterdam kon zijn. Hij gaat in op de behandeling van de periprothetische fractuur van de knie.

Later deze middag komt Nicole Dreessen aan het woord met de voordracht ‘Aan welke eisen moet een operatieassistent voldoen om de röntgen te bedienen?’. IVO-bestuurslid en OK-kwaliteitsfunctionaris Dreessen legt uit dat je niet zomaar ‘even de röntgen bedient’. Twee jaar geleden formuleerde de IVO een standpunt over het bedienen van de röntgen door operatieassistenten. Maar dat was nog



niet volledig, zo bleek. Vervolgens zijn de betrokken partijen, waaronder de LVO, bijeengekomen op uitnodiging van de Federatie van Medisch Specialisten. Hier bedachten de beroepsorganisaties onder meer wanneer operatieassistenten röntgenfoto's mogen en kunnen maken.

'Het is droge stof, ik weet het, maar het is belangrijk', houdt Dreesen haar gehoor voor. 'We hadden gehoopt dat het in een jaartje gepiept was, maar we willen een breed gedragen norm vaststellen, waardoor veel betrokken partijen gehoord moeten worden. Het staat voorop dat we verantwoorde zorg, duidelijkheid en bekwaamheid willen.' Ze spreekt de hoop en verwachting uit dat er volgend voorjaar (tweede kwartaal 2017) meer duidelijkheid is over de juiste uniforme scholing en juridische waarborgen.

In de zaal wordt een collega ongerust. In haar ziekenhuis heeft de raad van bestuur 'alles laten uitzoeken en de verantwoordelijkheden juridisch goed afgedekt', is hun meegedeeld. Alle mensen die röntgenfoto's maken moeten een 5a-knoppencursus hebben gedaan. Blijkt nu dat de operatieassistenten toch niet voldoende zijn toegerust om beeldvorming te doen? 'Jullie lopen voor, maar misschien is het toch nog niet helemaal dichtgetimmerd', zegt Dreesen.

Er komen meer vragen: Moet elke operatieassistent de cursus doen? Wat als je zzp'er bent en de cursus niet kunt betalen die ziekenhuispersoneel heeft kunnen doen? In hoeveel OK's doen assistenten aan beeldvorming? Als er een opleiding komt, wie verzorgt die en waar? Op de laatste vraag is het antwoord dat de LVO in ieder geval streeft naar landelijke eindtermen. Scholing via het ziekenhuis heeft op dit moment nog geen status. Dreesen somt op welke fouten je kunt maken met röntgenbeeldvorming: verkeerd beeld, een situatie waarin de chirurg moet ingrijpen, verkeerde stralingshygiëne.

Na het middagprogramma met parallelsessies volgt er weer een plenair programma met voordrachten over onder meer retrospectieve analyse van patellaire fracturen en patellofemorale instabiliteit. Dan is dag één afgelopen.

DROOG OEFENEN

Op het programma van dag twee staat een noviteit, namelijk facultatieve workshops voor operatieassistenten. Ze worden gegeven



door Pro-Motion Medical, Stryker, Zimmer Biomet en DePuy Synthes, vier bedrijven die tevens hoofdsponsor zijn. Na een theoretisch gedeelte worden er allerlei chirurgische handelingen uitgevoerd zodat de 'operateurs' feeling krijgen met de operatie. 'Wij vinden het belangrijk dat operatieassistenten weten waarom de operateur handelt zoals hij doet', zegt een van de productmanagers over de workshop. 'Wanneer je meer van een device afweet, kun je ook beter meedenken en de operateur eventueel scherp houden.'

Centraal tijdens deze editie van de Traumadagen voor de operatieassistenten stond 'zelf doen en meedenken'. Het programma bood verschillende mogelijkheden om daadwerkelijk operatiehandelingen 'droog' uit te voeren en mee te denken over de te volgen stappen op de OK. ■

