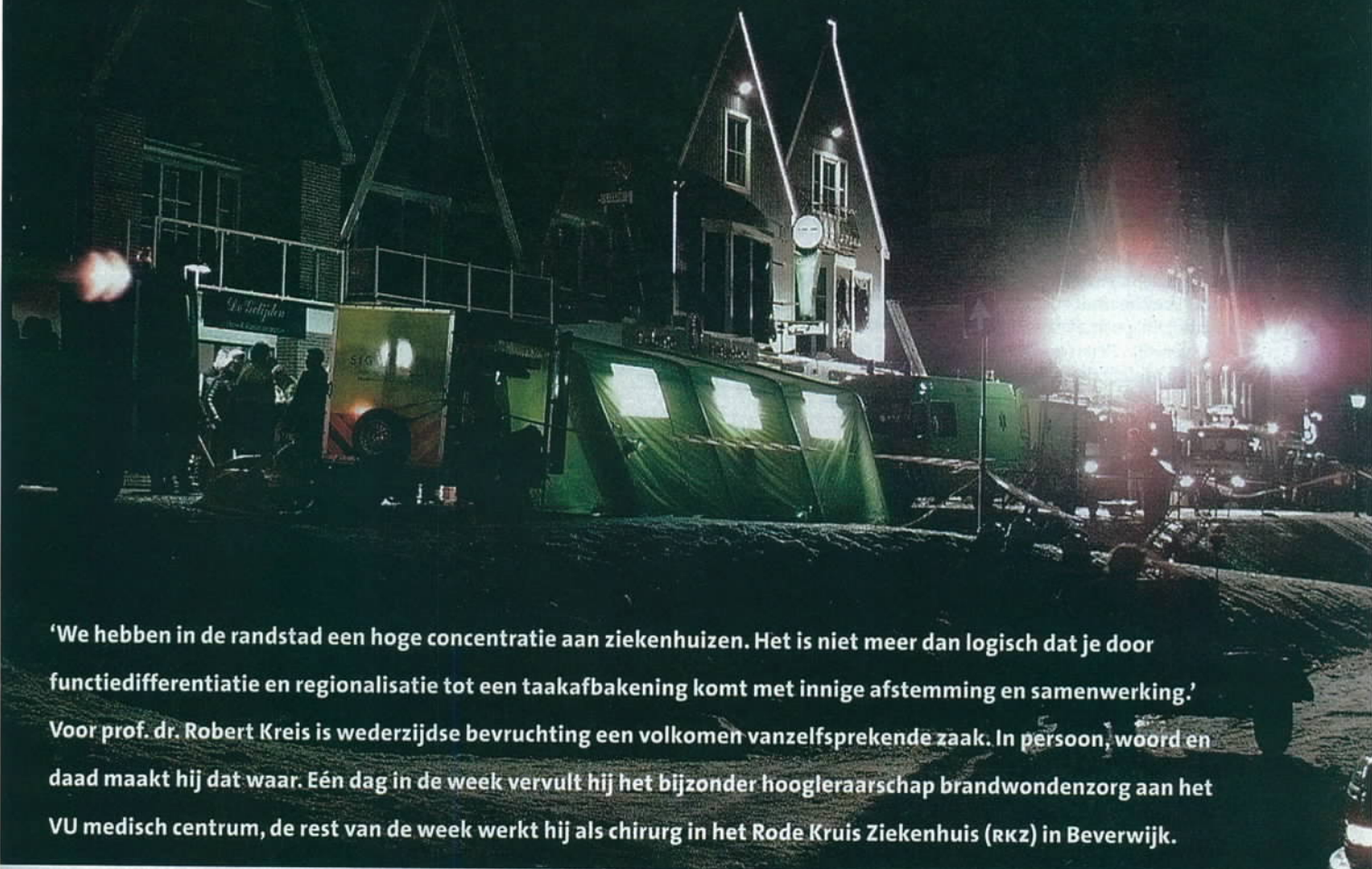


Samenwerking in de brandwondenzorg



'We hebben in de randstad een hoge concentratie aan ziekenhuizen. Het is niet meer dan logisch dat je door functiedifferentiatie en regionalisatie tot een taakafbakening komt met innige afstemming en samenwerking.'
Voor prof. dr. Robert Kreis is wederzijdse bevruchting een volkomen vanzelfsprekende zaak. In persoon, woord en daad maakt hij dat waar. Eén dag in de week vervult hij het bijzonder hoogleraarschap brandwondenzorg aan het VU medisch centrum, de rest van de week werkt hij als chirurg in het Rode Kruis Ziekenhuis (RKZ) in Beverwijk.

WILMA MIK

Er moet een wisselwerking ontstaan tussen universitaire centra en algemene ziekenhuizen, in plaats van het - nu nog overheersende - eenrichtingsverkeer van universiteiten die kennis brengen naar de regio. Het kan ook andersom, is de stellige overtuiging van Kreis. Neem het onderwijs. In algemene ziekenhuizen zitten ook hele begaafde specialisten of mensen met bijzondere onderwijsgevaren. Daar wordt te weinig gebruik van gemaakt. "Als je de kennis van een regio kunt mobiliseren, maak je het onderwijsgedachtegoed veel groter en diverser. Voor studenten en specialisten in opleiding is het ook leuk om verschillende stijlen te zien waarmee het vak wordt beoefend." De stelling bij heelkunde, waar zijn leerstoel is ondergebracht, luidt: ieder ziekenhuis is opleidingsziekenhuis. Het is logisch dat een universitair ziekenhuis het onderwijs coördineert, als een spin in het web. Maar er is dan in elk geval een web, dat je kunt gebruiken voor de opleiding en voor kennisvergaring. Kreis is enthousiast over deze ontwikkeling. "De uitwisseling van assistenten in opleiding verloopt steeds

makkelijker. Met anesthesie zijn we al ver gevorderd. Anesthesisten in opleiding moeten voldoende ervaring opdoen, ook met eenvoudige ingrepen. Die kom je in het VU medisch centrum te weinig tegen. Algemene routine leer je vaak beter in een algemeen ziekenhuis, bijvoorbeeld in het RKZ." Hij verwacht dat ook andere vakgebieden zullen volgen en ook op verpleegkundig niveau wordt de samenwerking steeds inniger.

Jamtechnologie

Kreis is zelf een spin in het web als het gaat om samenwerking op onderzoeksgebied. In de jaren zeventig startte hij vanuit het nationaal en internationaal gerenommeerde Brandwonden Centrum - onderdeel van het RKZ - met fundamenteel onderzoek. Lag in de rest van de wereld het accent op stofwisselingsaspecten, in Beverwijk was het basisidee zo snel mogelijk de wond dicht krijgen. Dit toen omstreden uitgangspunt, is nu gemeengoed. In de decennia daarna werd dit facet uitgebreid met de beheersing van de ontstekingsreactie en de kwaliteit van het wondlitteken. En dan komt

samenwerking met het VU medisch centrum in beeld. "Voor veel onderzoek, zeker op immunologisch terrein, moet je vaak terugvallen op de infrastructuur van een universiteit. We hadden een bepaald systeem ontwikkeld om donorhuid te conserveren, niet langer door koeling maar door ontwatering. Het water vervangen we door glycerine, zoals je dat ook doet bij het confijten van vruchten. Wat bleek? De donorhuid werd veel minder vaak afgestoten. Die jamtechnologie bleek dus een heel interessant fenomeen, dat we graag verder wilden uitzoeken. We kwamen bij het VU medisch centrum terecht vanwege de goede technieken die men in huis heeft." En zo ontstond de eerste agio-achtige constructie in het RKZ. Nelleke Richters ontrafelde het mechanisme en promoveerde erop. Internationaal kreeg het onderzoek veel waardering.

Wondgenezing

Richters borduurde voort op dit onderzoek. Hoe kun je, gebruikmakend van glycerolbehandelde huid, het proces van wondgenezing sturen? "Macrofagen spe-

**De stelling bij heelkunde,
waar zijn leerstoel is ondergebracht,
luidt: ieder ziekenhuis is
opleidingsziekenhuis**

len bij wondgenezing een belangrijke rol", zegt Richters. "Ze hebben als nadeel dat ze in de beginfase overactief zijn. Daardoor geneest de wond snel, maar kwalitatief gezien ontstaat er niet zo'n mooi litteken. We willen de macrofagen reguleren met behulp van liposomen technologie, waarbij we medicamenten in de liposomen verpakken. Hierbij maken we dus gebruik van de enorme fagocytose capaciteit van macrofagen." Het onderzoek bevindt zich in de fase van proefdierexperimenten. Bij positieve resultaten volgt een klinische trial in Beverwijk. Een tweede vervolglyn heeft raakvlakken met de afdeling dermatologie, waarmee aan een gezamenlijk project zal worden gewerkt. Centraal staat de vraag of door middel van het sturen van de ontstekingsfase in het begin van het proces van wondgenezing het uiteindelijke litteken valt te verbeteren. Richters: "In donorhuid zitten allerlei cellen die bij transplantatie voor afstotingsreacties zorgen. Als je dit materiaal celvrij maakt, houd je een dermale matrix over. Deze leg je op de wond en daarop komt huid van de patiënt zelf. Zo minimaliseer je de ontstekingsreacties en bied je steun aan de cellen die nieuw weefsel moeten vormen." Voor het onderzoek wordt gebruik gemaakt van een door dr. Sue Gibbs, van de afdeling dermatologie ontwikkeld in vitro model. Maakt Kreis de beweging van Beverwijk naar het VU medisch centrum, Richters' werkzaamheden verplaatsen zich steeds meer naar Beverwijk. Zij houdt zich naast het genoemde onderzoek bezig met kwaliteitsmanagement voor de huidbank van het Brandwonden Centrum.

Rampenopvang

Naast onderwijs en onderzoek is er nog een derde terrein van samenwerking. Kreis zit zowel voor het Brandwonden Centrum als voor VU medisch centrum in de denktank voor de rampenopvang in de regio. "Vanuit onze specifieke kennis over de brandwondenzorg, hebben we heel veel bijgedragen aan een verbeterd inzicht in de rampenopvang. Wat je aan problemen bij de rampenopvang van brandwondenslachtoffers tegenkomt, kun je rechtstreeks vertalen naar de rampenopvang in algemene zin. Denk bijvoorbeeld aan de noodzaak om ongevallenslachtoffers via protocollen te spreiden en niet alleen in specialistische centra op te nemen. Ten eerste kun je in noodomstandigheden die stroom nooit opvangen, ten tweede bestaat bij een te grote specialisatie het gevaar dat teveel kennis wegeeft bij algemene ziekenhuizen. Bij een ramp moet je op ze terug kunnen vallen. Het algemene kennisniveau moet dus op peil worden gehouden en je moet zoeken naar een evenwicht tussen decentralisatie en centralisatie." Er bestaan twee systemen voor rampenopvang, vertelt Kreis. Een zo goed mogelijke verzorging op het rampenterrein, de tegenstanders noemen dat het play and stay-systeem. Het andere is gebaseerd op het model dat de Amerikanen in Vietnam toepasten: hit and run, alles wat kan rijden of vliegen spoedt zich naar de rampplek, neemt de slachtoffers mee en vervoert ze naar het ziekenhuis. Nederland hangt een beetje tussen de systemen in, bij de ramp in Volendam zijn beide toegepast. De Medische Evaluatie Ramp Volendam (MERV), uniek in de wereld, moet informatie opleveren over de medische gevolgen van beide systemen.

In 1989 zocht het VU medisch centrum de samenwerking met eerstelijns organisaties in West-Friesland voor het opzetten van een epidemiologisch onderzoek naar ouderdomsdiabetes. Tastbaar resultaat daarvan is een regionaal systeem van diabeteszorg, gericht op preventie van complicaties en terugdringen van vroegtijdig overlijden aan hart- en vaatziekten

MARJA VAN DER PUTTEN

Sleutelbloem 5? Oh, u komt zeker voor suikeronderzoek! Dan moet u in dat halfronde gebouw zijn, helemaal achter het winkelcentrum. Kan niet missen!" Even later lacht directeur Gijs Nijpels tevreden dat het Diabetes Zorgsysteem West-Friesland blijkbaar een herkenbare plaats in de omgeving heeft gekregen. Doel van dit regionale initiatief, dat in 1996 'ramen en deuren' kreeg, is het optimaliseren van zorg aan patiënten met diabetes mellitus type 2. Met een sterk vergrijzende bevolking is deze vorm van diabetes, ook wel 'ouderdomsdiabetes' genoemd een snel groeiend probleem. Het aantal nieuwe patiënten per jaar vult gemakkelijk een stevig dorp van 16.000 inwoners. In Nederland zijn circa 400.000 patiënten met diabetes type 2 bekend, tegen een onbekend aantal diabetes type 1 (nog) niet onder behandeling is. De helft van deze mensen overlijdt binnen tien jaar, veelal ten gevolge van hart- en vaatziekten die ontstaan in het kielzog van hoge glucosewaarden. Daarnaast kan diabetes leiden tot oog- en onderbeen aandoeningen. Nijpels: "De helft van blinde Nederlanders is diabetes. Een derde patiënten vertoont al een begin van (vaat) schade aan het netvlies. Een op vijf heeft te kampen met onderbenen aandoeningen. De helft van alle uitgevoerde amputaties is een gevolg van deze diabetescomplicatie." Deze weinig vrolijk stemmende gegevens zijn voortgekomen uit de zogenoemde Hoornstudie: een