

# MAARTEN LUBBERS NEEMT AFSCHIED NA INDRIJKWEKKENDE CARRIÈRE

J. Rosier\*

**Chirurg-intensivist Maarten Lubbers nam in januari 2011 afscheid van het AMC na een loopbaan van 37 jaar. Naast evidence voor antisepticagebruik bij geïnfecteerde wonden leverde hij belangrijke bijdragen aan het terugdringen van decubitus. En hij toonde de waarde aan van het ouderwetse gaas en pleister als wondbedekking voor acute wonden. Een interview.**

Dé grote zorg van Maarten Lubbers is de oprukkende antibiotica-resistentie. Hij stelde dat dan ook centraal op zijn afscheidssymposium op 12 januari in het Amsterdamse AMC. Ook tijdens dit interview komt het ter sprake. “Ik heb op mijn symposium willen waarschuwen: wees nog zuiniger met antibiotica want er komen geen nieuwe antibiotica meer. Nederlandse overheid, stop onmiddellijk het preventief antibioticagebruik bij dieren! Het is levensgevaarlijk wat boeren en dierenartsen mogen doen. Je ziet nu al dat varkensboeren bij een ziekenhuisopname automatisch in isolatie gaan. Voor kippenboeren dreigt hetzelfde. Dat wil je toch niet, mensen preventief opsluiten omdat er grote kans is dat ze MRSA of resistente gram-negatieve bacteriën bij zich dragen, afkomstig van hun vee. Alleen om commerciële belangen wordt de volksgezondheid verkwaamd. Stop met dit verkwistende gebruik van antibiotica. Gebruik het zo spaarzaam mogelijk. Dan kunnen we misschien nog een twintig, dertig jaar door met deze antibiotica. Maar dan is het ook op.”

Lubbers heeft in publicaties en op congressen altijd gewezen op de negatieve effecten van antibiotica bij geïnfecteerde wonden. Zijn loopbaan begon in 1974 in het Binnengasthuis in Amsterdam, hij ging in 1977 over naar het Wilhelmina Gasthuis en verhuisde in 1983 mee naar het AMC. Als chirurg en intensivist behandelde hij echt grote wonden: open buiken, verbrijzelde benen en open borstkassen na ongevallen. “Op de IC had ik veel te maken met smetrijke, geïnfecteerde wonden. Ik wilde weten hoe ik die weer gezond kon

krijgen maar daar was weinig over bekend. Je leerde het van iemand die zei: dit moet je gebruiken. Als je vroeg waarom, luidde het antwoord: daar heb ik goede ervaringen mee. Voor een academicus is dat natuurlijk onvoldoende. Ik ging me met name in antiseptica verdiepen. Die waren eigenlijk wat vergeten na de komst van antibiotica.”

## HET VEILIGSTE MIDDEL

“Ik heb als IC-arts veel antibiotica moeten gebruiken en ik zat in internationale raden voor het ontwikkelen van nieuwe antibiotica. Al snel ontdekte ik dat het heel moeilijk is om nog nieuwe klassen antibiotica te ontwikkelen en ik besepte dat we heel zuinig moeten omspringen met de antibiotica die we hebben. We gebruikten toen ik begon nog vaak lokaal antibiotica in wonden. Veel beter is het om daarvoor in de plaats antiseptica te gebruiken. Dat is ook beter dan antibiotica per os, intramusculair of intraveneus toegediend, want die dringen slecht door tot in de wond. Ik ging in de literatuur op zoek naar antiseptica en daar bleek in Amerika veel over bekend te zijn. Ik vond veel over jodium, maar ook over chloorhexidine en azijnzuur. Die middelen ben ik gaan propaganderen als alternatief voor antibiotica en dat doe ik nu al meer dan dertig jaar.”

“De laatste tien jaar heb ik er veel onderzoek naar gedaan en over gepubliceerd. Jodium kwam als beste tevoorschijn. Toch was er angst om het te gebruiken. Het zou schadelijk zijn als de patiënt er allergisch voor was, zwanger was of borstvoeding gaf, of last van de schildklier had. Het zou ook de wondgenezing rem-

men. Allemaal mythen. Er is heel veel over jodium bekend. Je ziet praktisch geen allergie, het remt zeker niet de wondgenezing en ook bij schildklierproblemen kan het geen kwaad. Het wordt al vijftig jaar veilig gebruikt, het heeft bovendien het breedste spectrum van alle antiseptica, en er is totaal geen resistentie. Als je iets zoekt om de problemen met resistentie het hoofd te bieden dan is, voor zover bekend, jodium het breedste en veiligste middel dat er is.”

## EIGEN ONDERZOEK

“In de jaren negentig veranderde de tijdgeest: er moest volgens richtlijnen worden gewerkt en de evidence based medicine kwam op. We hadden dus goed onderzoek nodig, gerandomiseerde klinische trials, RCT's. We ontdekten dat die er zowel in de verbandwereld als in de antisepticawereld heel weinig zijn. Elke keer als ik de industrie vroeg om RCT's, kreeg ik te horen dat zulk onderzoek honderden miljoenen euro's kost en dat zij dat uit de winst op verbanden niet kunnen betalen. Dan kun je blijven roepen dat er RCT's gedaan moeten worden, maar beter kun je als AMC, als academie, het goede voorbeeld geven. Ik besloot dat we het zelf zouden doen. En toen bleek dat het helemaal niet zo duur was. Ik kan voor tussen de 50.000 en 300.000 euro een volledige RCT doen. Dat is heel wat anders dan honderden miljoenen.”

## GAAS VERSUS OCLUSIEF VERBAND

“Omstreeks 2000 vroeg het AMC me om een ziekenhuisbreed wondenprotocol te schrijven. Het moest wel evidence based zijn. Ik was al vroeg erg

gecharmeerd van de occlusieve verbanden. De studies daarover stamden al uit de jaren veertig en de jaren zestig en spraken me aan. Het principe leek me logisch en de data zagen er ook goed uit, al hadden ze toen nog geen RCT's. Eerst kwam het folieverband, maar dat vond ik niet geweldig, het liet altijd los. Toen kwam hydrocolloïd, daar hield ik ook niet zo van. Je moest altijd de randen schoonmaken met de kans het jonge weefsel te beschadigen. Pas met het schuimverband was ik helemaal gelukkig. Dat kon je ook tot tien dagen laten zitten, wat poliklinisch buitengewoon praktisch was. Patiënten waren er ook blij mee. Het deed ook weinig pijn bij het verwijderen. Toen het AMC vroeg een wondenprotocol te schrijven, dacht ik: da's een makkie, want er is natuurlijk heel veel literatuur over occlusieve verbanden. Dus ik vroeg het weer aan de industrie en zocht zelf in databases. Een enorme deceptie; er was vrijwel niks. Toch moest ik een protocol schrijven. Dat was een van de redenen dat we die onderzoeken zijn gaan doen."

"We dachten: laten we beginnen met de standaard - dus de oude gazen en pleisters - versus de nieuwe spullen: de occlusieve verbanden. Ik wilde er eigenlijk ook chronische wonden in betrekken. Die zitten vooral bij dermatologie, maar de dermatologie wilde niet meedoen. We hebben ons dus beperkt tot de acute wonden. Patrick Seegers, ook uit het AMC, was toen net met zijn sternumtrial bezig. Hij heeft bij bijna 1200 patiënten om en om de gesloten sternumwond bedekt met hetzij gaas, hetzij folie. Dat is makkelijk, dacht ik, de folie voorkomt infectie, het gaas geeft infectie. Maar na bijna 1200 patiënten bekeken te hebben, bleek dat het niks uitmaakte!

Dat waren verse, gesloten chirurgische wonden. Wij besloten bij de open chirurgische wonden precies hetzelfde te doen: of gaas, of de moderne verbanden. Dat was de MOKUM-trial, bij 300 patiënten. Van te voren hadden de onderzoekers een literatuurstudie gedaan. Schuimverband, waar ik dol op was

en de beste ervaringen mee had, bleek ook volgens de literatuur het beste te zijn. Ik viel ongeveer van mijn stoel af toen uit de MOKUM-trial bleek dat dit helemaal niet zo was. De uitkomst was hetzelfde als in de studie van Patrick Seegers, namelijk: lood om oud ijzer."

## ONGELOOF

"Ons onderzoek is eerst in Nederland gepubliceerd en daarna in de *Annals of Surgery*. Ook mijn mede-chirurgen vielen van hun stoel, voor zover ze iets van deze verbanden afwisten. Ze geloofden het vaak niet. Ik zei: kijk, onze beide studies zijn gepubliceerd in peer review tijdschriften. Als je het niet gelooft dan is het academische argument dat je het experiment herhaalt. Dat hebben ze nooit gedaan."

"In Nederland heeft de studie veel invloed gehad. Hier worden nu veel vaker gazen gebruikt dan elders in Europa. Let wel, ik heb het over acute wonden, niet over chronische wonden of brandwonden want daar heb ik geen onderzoek naar gedaan. We hebben in het AMC afgesproken op de chirurgische afdeling, waar je dagelijks de wonden wilt inspecteren, gaas te gebruiken. Op de poli, waar de patiënten gewoonlijk een keer per week komen, gebruiken we een modern verband want dat kun je lang laten zitten. In Europa blijven ze er argwanend naar kijken. Maar als ik erover spreek op congressen, merk ik dat chirurgen ernaar luisteren en ik zie wel een verschuiving optreden. Alleen zijn er niet zoveel chirurgen op wondcongressen, je ziet daar voornamelijk dermatologen en verpleegkundigen."

## BERUCHTE LEZING

Toen we van het Wilhelmina Gasthuis naar het AMC verhuisden, waren alle spullen voor het nieuwe ziekenhuis al aangeschaft. Mooie spullen, behoudens de matrassen. Ik heb nog nooit zoveel decubitus gezien! In 1984-85 heb ik een beruchte lezing gehouden: "aan de voorkant kan ik ze genezen maar aan de achterkant gaan ze dood". Aan de voorkant opereerde ik de buik of het sternum, maar deze patiënten liggen

daarna aan de beademing stil in bed. Ze kregen vaak ernstige decubitus en als je niet oppaste, gingen ze daar aan dood. IC-patiënten zijn immers al zo verzwakt. De lezing was een schop tegen het zere been van het nieuwe AMC, want dat wilde de beste zijn. Ik kreeg al flux de opdracht voor het hele AMC een decubitusbeleid op poten te zetten. Samen met Hendrik Jan Hulzebos van dermatologie moest ik een protocol maken en een decubituscommissie oprichten."

"We constateerden dat de kennis van decubitus bij verpleegkundigen heel gering was. Het zat ook niet in hun opleidingspakket. We begonnen met trainingen voor verpleegkundigen en hebben aandachtsvelders aangesteld. Die aanpak heeft daarna in hele land weerklank gevonden." "Verder keken we welk goed antidecubitus-materiaal er was. In 1985 was er heel weinig. Ik las over die zandbakken, air fluidized bedden, met zeer lage drukken. Eén firma had ze. Ik heb ze onmiddellijk op de IC ingevoerd bij alle patiënten met multipel orgaanfalen die veel noradrenaline kregen, een vasoconstrictor. Vaak hebben die door de ouderdom een slecht vaatstelsel, dus daar vielen letterlijk de gaten in. Dit was de groep die dood ging. Met de air fluidized bedden verdween de decubitus op de stuit, waar de patiënten aan dood gingen, als sneeuw voor de zon. Heupdecubitus zag je ook veel minder.

Wat een groot probleem bleef, waren de hielen. Dat komt doordat je in zo'n zandbak drijft op een laken dat er als een soort hangmat in hangt. Precies waar het laken weer omhoog gaat naar de rand liggen de hielen, en daar komt wel druk door wrijven en schuifkrachten. De hielen zijn nog altijd een groot probleem op de IC. Je kunt het heel goed oplossen als de patiënt zijn benen stilhoudt, met schuimkussens onder kuit. Maar de patiënt legt graag zijn benen naast dat kussen, of gaat in halfzittende houding met gebogen knieën en dan komen die hielen weer op het matras. Dan gaan ze zich afzetten en krijg je schuif- en



Maarten Lubbers: “Toen ik in mijn beginjaren vroeg waarom een wond op een bepaalde manier behandeld moest worden, luidde het antwoord: daar heb ik goede ervaringen mee. Voor een academicus is dat natuurlijk onvoldoende.”

wrijfkrachten. Dat is heel moeilijk te voorkomen. Bij een gesedeerde patiënt op de IC gaat het wel goed, die beweegt zijn benen niet. Maar bij een wakkere patiënt is het lastig.”

### HET WISSELLIGGING-PROBLEEM

“We zochten verder naar matrassen. In de jaren negentig kwamen de traagschuimmatrassen op de markt. Daar hebben we onderzoek naar gedaan, eerst in het laboratorium en daarna met patiënten. Gewoon de ene patiënt op de ene matras, de andere patiënt op de andere matras.

Dat deden we samen met de verpleging op traumatologie, neurologie en longziekten, met vier verschillende soorten matrassen versus de oude matrassen. Volgens een heel protocol hebben we gedurende een maand lang daar patiënten op gehad en toen gekeken wat de winnaar was. Dat bleek de traagschuimmatras te zijn.”

“Ik heb in het hele AMC die oude matrassen laten weggoaien. Op elk bed kwam er zo’n traagschuimmatras; daarmee waren we in Europa de eerste. Het argument was de verple-

ging. De verpleging is samen met het ok-personeel de meest kostbare personeelsgroep, want daar hebben we een groot gebrek aan. De verpleging heeft altijd een grote weerstand gehad tegen wisselgigging, met name ’s avonds en ’s nachts omdat ze dan met weinigen zijn. Het kost hen vaak hun rug. Ik wist ook dat ze het buiten de dagdienst niet deden, omdat ik als acuut arts heel vaak ’s avonds en ’s nachts in het ziekenhuis kwam. Ik wil niet dat verpleegkundigen ziek worden vanwege rugklachten. Met traagschuimmatrassen hoeven zij veel minder patiënten te draaien; het



preventief draaien is afgeschaft. Alleen patiënten met decubitus graad 1 en 2 moeten gedraaid worden.”

“De decubituscijfers daalden duidelijk. Niet zozeer het totale aantal, maar wel de ernst: graad 3 en 4 zijn bijna helemaal verdwenen. En alleen bij hele zieke mensen zien we nog roodheid of een blaar. Het scheelt in draaien, maar ook in de kosten, want die erge decubitus, die we later met plastische chirurgie moesten repareren, verdween. En de patiënt voelde zich veel veiliger, die wist dat hij bijna geen ernstige decubitus meer kon krijgen. Dat is in de jaren negentig de AMC-piramide geworden. De eerste stap was het traagschuim, daar lag iedereen op die in het AMC kwam. De tweede stap begon toen net op te komen: oplegmatrassen. Kreeg je een rode plek of een blaar, dan kon je daarop komen. En de derde stap was het zandbed, voor graad 4. Dat systeem is nog steeds in schwing.”

## LANDELIJK DECUBITUS-BELEID

“In 1985 verscheen de eerste consensus decubitus van het CBO en Hulzebos, in 1992 gevolgd door de tweede. Dat was nog steeds een expert opinion. In 2002 kwam de eerste evidence based decubitusrichtlijn uit, de eerste evidence based richtlijn in Europa. Die kwam van het CBO, maar wij hadden daar samen met Jeen Haalboom uit het UMC Utrecht sterke invloed op. Mijn samenwerking met Haalboom stamt uit de jaren negentig. Er kwam toen bericht uit Engeland dat ze daar de EPUAP, de European Pressure Ulcer Advisory Panel, wilden oprichten omdat in Amerika de NPUAP een groot succes was. Bij de oprichting, in Oxford, hebben Haalboom en ik een week lang samen over decubitus gepraat. Uit die ontmoeting kwam de stuurgroep decubitus Nederland voort, die door minister Borst-Eilers in de negentiger jaren werd opgericht om het ministerie te adviseren. We hadden als stuurgroep vier speerpunten geformuleerd. Harde data, want het was het begin van de evidence based medicine. Dat

heeft Ruud Halfens uit Maastricht op zich genomen en dat heeft geleid tot de landelijke prevalentietellingen. Evidence based richtlijnen, die nam Haalboom voor zijn rekening. Ik nam het keurmerk voor antidecubitusmaterialen op me, samen met TNO. Maar het bleek dat als wij voor Nederland richtlijnen opstellen, fabrikanten zich daar niet aan houden omdat het allemaal grote, internationale bedrijven zijn. We moesten het breder trekken naar een Europees of liefst mondiaal keurmerk. Het vierde punt was implementatie, dat deden we samen met het NIGZ.”

“Het eindrapport van onze stuurgroep hebben we in 1999 ingediend. Dat heeft minister Borst-Eilers overgenomen en toen is, nog steeds uniek in Europa, door haar en het parlement decubitus erkend als vierde ziekte in Nederland in termen van kosten. De minister gaf aan de Inspectie en de Gezondheidsraad de opdracht ervoor te zorgen dat dit enorme probleem getackeld wordt. Daardoor is decubitus als prestatie-indicator in de Inspectie-rapportages gekomen. Zo is decubitus op de kaart gezet en is Nederland het toonaangevende land in Europa geworden op dit onderwerp, met de beste organisatie en de beste studies. In 2002 had de stuurgroep decubitus zijn werk gedaan en die heb ik toen opgeheven. Decubitus is daarna terecht gekomen bij het ministerie, de Inspectie en het CBO.”

## WERELDWIJDE RICHTLIJN

“De EPUAP heeft een hoge vlucht genomen. Terugkomend op dat keurmerk: we hebben gestreefd samen te werken met de Amerikanen. Er was in het begin nogal wat wantrouwen van hun kant, want zij zitten erg met de juridische aansprakelijkheid en wilden dingen niet delen. Maar twee jaar geleden hebben de EPUAP en de NPUAP samen de nieuwe evidence based richtlijn uitgebracht. Die is nu overgenomen door Nederland. De Engels-Amerikaanse tekst is vertaald en van kanttekeningen voorzien als een Engelse of Amerikaanse opmerking niet voor ons van toepassing is.

Dat is uitgevoerd door V&VN en het CBO. Hij verschijnt dit voorjaar, een dik boek waar alles over decubitus evidence based in staat.”

“Grote veranderingen ten opzichte van onze vorige richtlijn zijn er niet. Wel bleek, dankzij de verbetering van materialen en kennis, dat sommige dingen overbodig te zijn of minder frequent gedaan kunnen worden. Zo kun je draaien bij goede matrassen soms achterwege laten. Dat is voor de verpleging enorm belangrijk. Het keurmerk zit er nog niet in, maar dat komt er wel aan.”

Lubbers blijft na zijn pensionering voorlopig nog actief in de wondenwereld. “Niet meer in de patiëntenzorg, wel in de research naar antibiotica en vooral antiseptica. Al zal een stukje verband er ook bij zijn.” Daarnaast wacht hem voor 2012 nog een taak. Dan is in Yokohama het vierde wereldcongres wondgenezing van de WUHWS, de World Union of Wound Healing Societies. “De Japanners hebben me gevraagd medeorganisator te zijn. Ik heb als een van de weinige niet-Japanners de eer dat congres te organiseren.”

\* Joop Rosier is freelance journalist