

Steven Hovius: specialist handchirurgie en grondlegger wondzorgopleiding

J. Rosier*

Vorig jaar december ging prof. dr. Steven Hovius met pensioen. Hij werkte 33 jaar als plastisch en reconstructief chirurg in het Erasmus MC in Rotterdam met als specialisatie handchirurgie. Bij WCS Nieuwslezers is hij waarschijnlijk het meest bekend als de grondlegger van de opleiding tot wondconsulent. Bij zijn pensionering kreeg Hovius een koninklijke onderscheiding voor zijn bijdragen aan de geneeskunde. WCS Nieuws kijkt met hem terug op zijn carrière.

Steven Hovius begon in 1968 aan de studie geneeskunde aan de Vrije Universiteit in Amsterdam. Na zijn studie vervulde hij zijn dienstplicht als marine-arts. Hij volgde daarna in het toenmalige Binnengasthuis in Amsterdam de opleiding tot algemeen chirurg. Deze ronde hij af in 1984 en stapte toen over naar het Erasmus MC in Rotterdam. Daar voltooide hij in 1987 de opleiding tot plastisch chirurg. Hij werd er in 1994 waarnemend hoofd en in 1996 hoofd van de afdeling plastische en reconstructieve chirurgie. Hovius was ook de stuwende kracht achter de tweejarige opleiding tot wond- en decubitusconsulent die in 2005 van start ging aan het Erasmus MC. Enkele jaren later werd deze omgevormd tot de huidige opleidingen wondverpleegkundige en wondconsulent.

Wat maakte dat u koos voor geneeskunde en daarna voor plastische chirurgie?

‘Mijn vader wilde eigenlijk dat ik ingenieur werd maar de mens en de biologie trokken me meer dan de zuivere wis- en natuurkunde. Daarom ging ik geneeskunde studeren. De chirurgie lag me het meest, vanwege de techniek en het ‘doen’. En in de chirurgie vond ik het fijnere werk het leukst: handen en brandwonden bijvoorbeeld, dat soort reconstructieve chirurgie lag me meer dan bijvoorbeeld in de buik bezig zijn.’

Is het werken aan de zichtbare buitenkant wat u trekt?

‘Nee, daar gaat het niet om. Wat me het meest ligt, is het werken met fijn instrumentarium aan fijne structuren. Dat het in de plastische chirurgie alleen om de buitenkant gaat is een enorme misvatting, gevoed door de glossy’s. We zijn bezig met spieren, huid, bot, zenuwen, vaten, soms zitten we diep in het lichaam. In een haven als Rotterdam krijg je met enorme trauma’s te maken. In het gelaat, over de romp en vooral aan de armen en benen. Stel je een gemangeld been voor, alles is kapot: botten, zenuwen,



Foto 1. Steven Hovius, terugkijkend op de totstandkoming van de wondzorgopleiding: ‘Heel memorabel dat we met alle verschillende gremia in Nederland tot de consensus kwamen dat die opleiding nodig was. Zoiets is echt niet makkelijk.’

vaten, huid, spieren. Dat moet je zo goed mogelijk herstellen met weefsel wat daar aanwezig is of weefsel dat je ernaartoe brengt. Dát is reconstructieve plastische chirurgie. Maar je hebt bijvoorbeeld ook te maken met kanker in het hoofdhalsg gebied, als een deel van de hals en het gelaat, of tong en onderkaak zijn verwijderd, en met borstreconstructies en moeilijke bestralingsgevallen. Het zijn ook allemaal wonden. Al in Amsterdam was ik geïnteresseerd in wonden maar in Rotterdam werd ik er zo mee geconfronteerd, dat ik er wel van af moest weten.’

Hoe bent u zich gaan specialiseren in handen?

‘Ik deed al veel handchirurgie. We kregen uit de haven veel gecompliceerde handletsels. Het was bijna iedere dag raak.

Door betere arbo-omstandigheden en verspreiding van kennis daarover is dat gelukkig verminderd. Nu zijn het vooral doe-het-zelvers die handletsel oplopen. Toen ik halverwege de jaren negentig afdelingshoofd werd, moest ik mijn tijd verdelen tussen managementtaken en opereren. Ik vond dat ik niet meer alle operaties kon doen en me beter verder kon specialiseren. Ik koos voor de hand.'

Wat omvat handchirurgie allemaal?

'Bij de hand zijn ook de pols en de aansturing betrokken. Beweeg je vingers maar, dan voel je het in je onderarm bewegen. Je hebt veertig spieren om je hand te laten functioneren en 27 botten in de pols en hand. Zo complex is het, een en al zenuwtjes, pezen en vaten als je de hand opent. Een telefooncentrale vol kabels is er niks bij. Van alle letsels op de spoedeisende hulp betreft 27% de hand. Dat varieert van snijwonden tot geplette handen. Als iemand bijvoorbeeld een duim is kwijtgeraakt dan kun je een teen daarheen transplanteren, met gevoel en beweging. Maar je krijgt niet alleen ongevallen. Ook verlammingen, prikkelingen van de zenuwen, de ziekte van Dupuytren oftewel koetsiershand waarbij iemands vingers krom staan, peesproblemen, gevolgen van ongevallen die later tot schade leiden door bijvoorbeeld slijtage, aangeboren afwijkingen, gevolgen van reuma, noem maar op.'

Het is belangrijk dat we samen het totale pakket neerzetten en niet alleen een ziekenhuispakket

Bij dat alles gaat het om conceptueel denken, dat wil zeggen dat je naar de hele patiënt kijkt. Laat me een voorbeeld geven. Een kunstschilder valt, breekt zijn bovenarm en krijgt daardoor een verlamming van zijn pols en vingers. De pols hangt, de vingers kunnen niet meer omhoog. Hij komt een half jaar later bij de handchirurg want hij kan zijn vak niet meer uitoefenen, hij heeft al moeite met zijn broek aan en uit doen. We hebben bij hem de pezen omgezet zodat hij zijn vingers weer kan optillen en pols kan bewegen en weer kan schilderen. Maar bij iemand die zware arbeid verricht met zijn handen is je concept bijvoorbeeld ervoor zorgen dat hij weer een goede vuistgreep krijgt. Die is er niet mee geholpen als je hem iets heel fijnzinnigs geeft. Ik heb ook veel kinderen met aangeboren afwijkingen behandeld en geopereerd. In 1989 heb ik het Handenteam van het Sophia Kinderziekenhuis opgericht en dat is zeer groot geworden. Daar komen bijvoorbeeld kinderen met alleen twee vingers aan een hand die aan elkaar verkleefd zijn. Of met de pols in een volkomen verkeerde stand. Het conceptuele denken is: wat moet ik bij dit kind bereiken? Het gaat hier vooral om dat je iets kunt vastpakken, zonder uit het oog te verliezen dat de hand er redelijk moet uit zien.'

Hoe belangrijk is wondzorg in de handchirurgie?

'Het kunnen wonden zijn die klein zijn in oppervlakte maar die grote consequenties hebben voor de patiënt. Van de genezing van de wond aan de hand hangt straks de functie van de vingers af.'

U nam het initiatief om de opleiding tot wondconsulent op te zetten. Hoe kwam u daartoe?

'Ik was voorzitter van de wond- en decubituscommissie in het Erasmus MC. Vanuit die functie werd ik benaderd door verschillende mensen uit het veld die naar een betere opleiding op wondzorggebied zochten. Ze vroegen ons om die kar te trekken. We hebben eerst verschillende landelijke bijeenkomsten georganiseerd. Daar stelden we met zijn allen vast dat er een leemte was. Vervolgens was de vraag: kun je iets opzetten? We hebben toen een tweejarige wondopleiding opgezet voor verpleegkundigen. Die was bedoeld voor hbo-opgeleiden omdat we mensen in Nederland wilden uitzetten die de wondzorg omhoog konden tillen en verbeteren. Er zijn heel enthousiaste mensen uit voortgekomen die het hebben uitgedragen. Later is het een opleiding van twee keer één jaar geworden, met een algemeen jaar waarin ook mbo-opgeleiden kunnen instappen en voor als je verdere verdieping wilt nog een jaar extra kunt leren.'

Wat kwam er zoal bij kijken?

'De kennis was verspreid; we moesten dat allemaal bij elkaar brengen. De een weet hoe je diabetische voeten behandelt, de ander weet alles van bestralingswonden en oncologische wonden en weer een ander ziet veel ongevallen of kent de vaatchirurgie en de problemen daarvan. Verder moest de opleiding worden ingericht volgens competenties en leermethoden. Dat was ongelooflijk veel werk. Daar hebben we een onderwijsdeskundige voor ingeschakeld. Het was in het begin allemaal liefdewerk, oud papier. De afdeling heeft er veel tijd, aandacht en geld ingestoken. Maar daarna wilden we het borgen en daarom hebben we de opleiding ondergebracht bij de onderwijsinstelling van het Erasmus MC, de Zorgacademie. Daarmee is het uit onze handen gegaan, al werden we nog wel om advies gevraagd. Ze gaan nu hun eigen weg en dat is goed.'

Waren er ook gedenkwaardige feiten bij de totstandkoming van de opleiding?

'Ik vind het heel memorabel dat we met alle verschillende gremia in Nederland tot de consensus kwamen dat die opleiding nodig was. Zoiets is echt niet makkelijk. Iedereen heeft toch voornamelijk aandacht voor zijn eigen stukje. Ik heb zo veel mogelijk de voordelen voor de gezondheidszorg en de verpleegkunde voorop gesteld, persoonlijke belangen moesten zo min mogelijk een rol spelen. We kregen veel medewerking van mensen als Ron Legerstee

en een heleboel anderen uit het hele land. Ook WCS Kenniscentrum Wondzorg heeft veel gedaan om de gremia bijeen te brengen. Dat wil ik echt benadrukken. Aanvankelijk was de vraag of we geen concurrenten van elkaar zouden worden. De WCS doet enorm veel goeds met zijn cursussen, maar dat zijn twee- of driedaagse cursussen. Al snel zei de WCS het daarbij te willen houden en niet te willen concurreren met de opleiding. Vanaf het begin heeft de WCS de opleiding heel sterk gesteund.'

Wat verdient er volgens u in de wondzorg de komende jaren veel aandacht?

'Het is belangrijk dat we samen het totale pakket neerzetten en niet alleen een ziekenhuispakket, huisartsenpakket of thuiszorgpakket. Het gaat om de hele keten. Als je door een ongeluk een grote wond hebt, in het ziekenhuis daaraan geholpen bent en met thuiszorg naar huis kunt, dan moet de thuiszorg weten wat ze moet doen. Maar in ketenzorg zijn we nog niet goed genoeg, daar kunnen we nog heel wat slagen in maken. De communicatie kan beter. Je kunt ook af en toe bij elkaar gaan kijken en van elkaar leren. Dat is zo goed aan de opleiding. Die is breed opgezet. Er doen mensen aan mee uit de thuiszorg, ziekenhuizen, verpleeghuizen, revalidatieoorden en vertegenwoordigers uit de bedrijven. Ze horen tijdens de opleiding van elkaar waar ze tegenaan lopen.'

Ziet u daarnaast nog andere zaken die de komende jaren belangrijk zijn?

'De care wordt steeds belangrijker vanwege de ouder wordende bevolking. Niet alle wonden kunnen genezen, sommige blijven bestaan tot aan iemands dood. Goede care daarvoor bieden is absoluut een uitdaging. Een opleiding om je basiskennis op orde te krijgen is belangrijk, maar het heeft ook te maken met communicatie, met mogelijkheden voor de zorgverleners, met de ruimte die verzekeraars bieden, enzovoort. Een andere uitdaging is de jungle aan mogelijkheden om wonden te verzorgen met de veelheid aan producten. We moeten proberen daar meer eenheid in te krijgen, zorgen voor voldoende ervaring met de middelen, zoveel mogelijk onderbouwd met evidence. Nederland heeft al veel onderzoek gedaan en ook wereldwijd gebeurt dat. Maar evidence blijft ontzettend moeilijk in de wondzorg. Evidence is ook in de opleiding de uitdaging. Waarom gebruik je dit middel op deze manier? Niet alleen moet er meer evidence komen, ook de beschikbare evidence kan veel meer benut worden, zowel door verpleegkundigen als door artsen.'

Dat betekent dus eigenlijk: meer scholing.

'Exact, want dat betekent: meer mensen die eraan trekken. Pas dan komt er meer aandacht voor.'

* *Joop Rosier, freelance journalist*