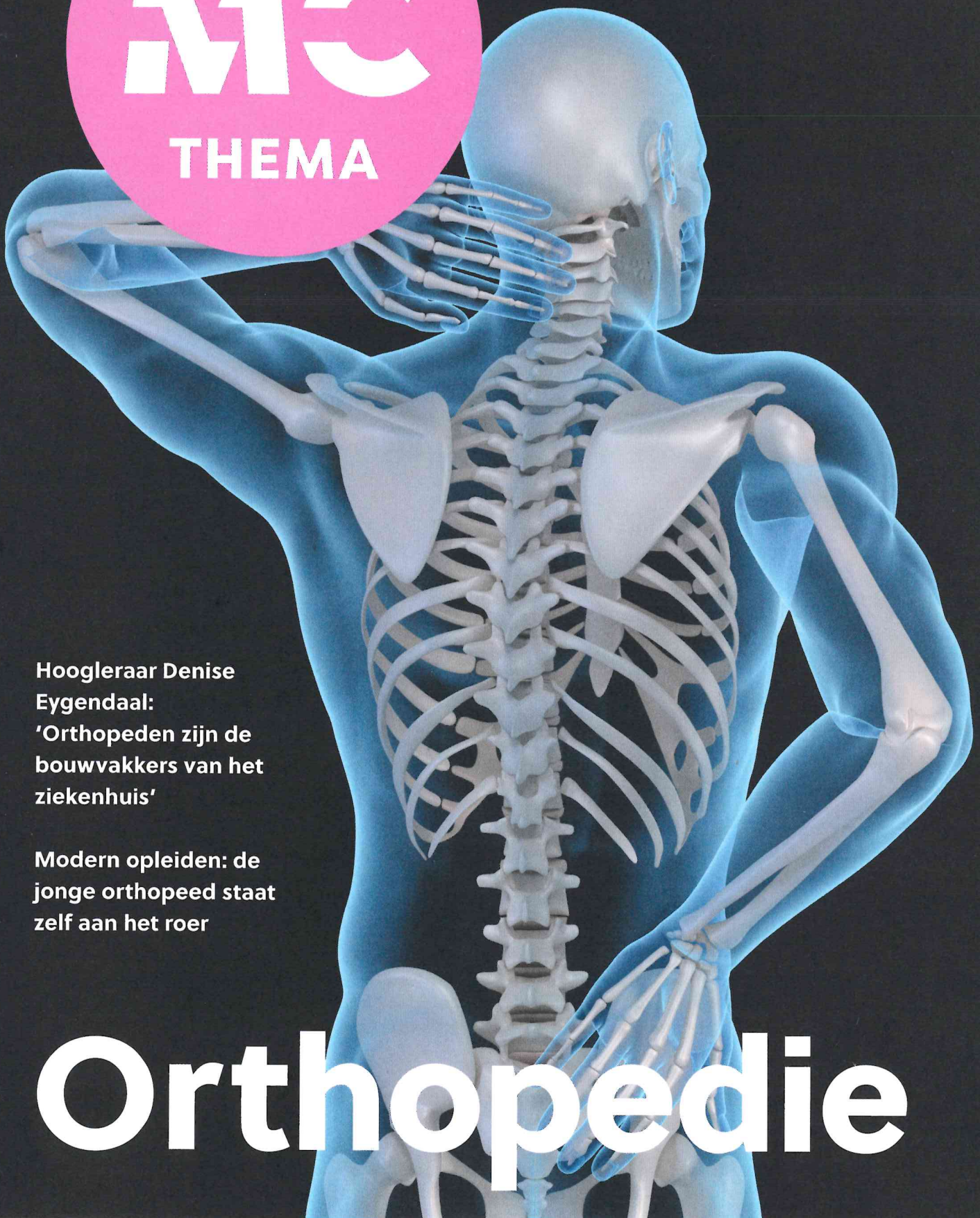


MC
THEMA

Hoogleraar Denise
Eygendaal:
'Orthopeden zijn de
bouwvakkers van het
ziekenhuis'

Modern opleiden: de
jonge orthopeed staat
zelf aan het roer

Orthopedie





Het beste van twee werelden in gewrichts- vervanging.

Link Lima Nederland levert orthopedische implantaten en instrumentaria voor heup-, schouder- en kniechirurgie en ondersteunt bij de ideale toepassing ervan. Dat doen wij met specifieke demo's, training van de orthopeed, het OK-team, de CSA en assistentie op locatie. Altijd vanuit diepgaande expertise met een uniek serviceniveau, van het eerste contact tot en met de operatiekamer.

Waldemar Link en Lima Corporate zijn twee grondleggers in de industrie. Die topkwaliteit van twee werelden combineert Link Lima Nederland met innovatief, oplossingsgericht en flexibel karakter en een persoonlijke touch. Dat noemen we het Link Lima Perspectief: onze eigen visie op wat gewrichtsvervanging voor de mens kan betekenen.

Heupsystemen - Kniesystemen - Schoudersystemen - Revisie en Tumor - Innovatie



coverbeeld Getty Images

Bertho Nieboer
hoofdredacteur

b.nieboer@medischcontact.nl
@DokterBertho

125 jaar verder

Het gevaar ligt op de loer dat er ook bij u een stereotiep beeld heerst van een gemiddelde orthopeed. Man met ferm voorkomen, bij voorkeur op de ok te vinden en uitkijkend over een heel arsenaal aan steriel Hornbachinstrumentarium, een wat traditionele meester-gezelopleiding, en vult u zelf maar aan. In deze themabijlage van Medisch Contact, die we maakten samen met de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) ter ere van hun 125-jarig jubileum, zal het traditionele beeld hopelijk wat bijgesteld worden. We zien de orthopedie als een vak waarin registratie een belangrijk en breed omarmd gegeven is, waarin een ambitieus opleidingsplan voorhanden is, er ook veel meer leven buiten de ok bestaat en waarbij bovendien ook steeds meer vrouwen het vak weten te vinden. Mooi dat er inmiddels ook een eerste vrouwelijke hoogleraar orthopedie is aangesteld, geïnterviewd door MC-journalist Henk

Maassen. Al met al veel redenen dus om deze themabijlage eens aandachtig door te nemen, waarmee u een up-to-date beeld krijgt van de orthopedie anno 2023. Uiteraard wensen we de NOV een prachtig jubileumjaar toe! Gezien de uitdagingen waar het vakgebied voor staat en met de aankomende dubbele vergrijzing zal die 125 jaar slechts een beginnetje zijn.

Steeds meer vrouwen weten het vak te vinden

colofon

Deze bijlage kwam tot stand in samenwerking met de Nederlandse Orthopaedische Vereniging

Hoofdredactie Bertho Nieboer (hoofdredacteur), Robert Crommentuyn en Evert Pronk (adjunct-hoofdredacteurs)
Eindredactie Cathri van de Haar,

Kees Klaver, Chris Linssen
Beeldredactie en vormgeving Brenda Dillewaard, Tamar Smit
Webredactie Aart van der Meijden,

Lieke Rosendahl, Reina Zijlstra
Redactie Ilse Kleijne, Eva Kneepkens, Henk Maassen, Sophie Niemansburg, Simone Paauw, Marieke van Twillert,

Samuel Verschoor
Secretariaat Samira Ahdoudi, Soenita Ganesh, Anneke Wintraaken

04 Een verhaal van ongekende veranderingen

De geschiedenis van de orthopedie in Nederland is het verhaal van een ongekende transitie, met invloed van twee wereldoorlogen en een glansrol voor de kunstheup. Over explosieve groei, technische innovaties en een koppositie in efficiënte zorg.

INTERVIEW

08 Orthopedisch chirurg met een sporthart

Denise Eygendaal speelde tot haar 22ste badminton op het hoogste niveau, tot ze een beurs kreeg voor Harvard Medical School. Nu is ze de enige vrouwelijke hoogleraar orthopedie in Nederland en dé specialist op het gebied van ellebogen.

16 Kwaliteitsregistratie levert een schat aan informatie op

De Landelijke Registratie Orthopedische Implantaten bevat een schat aan gegevens over gewrichtsprothesen en patiëntervaringen. Daarmee verbetert de kwaliteit van de operatieve zorg, mede doordat het mogelijk is om minder goed functionerende implantaten vroegtijdig op te sporen.

20 Opleiden nieuwe stijl: maatwerk voor elke orthopeed

Voorheen was de aios orthopedie na zes jaar opleiding klaar en zelfstandig. De moderne opleiding biedt een continuüm van student tot medisch specialist volgens het concept 'levenslang leren'.

24 De beweegzorg is zelf volop in beweging

Het orthopedisch vak ontwikkelt zich door toename van kennis, maar ook door het gebruik van complexere technologie. Dat maakt dat patiënten meer en meer worden behandeld waar en door wie dat het beste kan: de juiste zorg op de juiste plek.

En verder

13 Column: Er is er een jarig!

125 jaar orthopedie in Nederland

Een verhaal van ongekekende veranderingen

Begonnen als buffer tegen de negentiende-eeuwse wildgroei aan fitnessapparaten is de NOV uitgegroeid tot ambitieuze aanjager in een breed netwerk van orthopedische zorg.

Jacob Caron
orthopedisch chirurg Elisabeth-Tweesteden
Ziekenhuis, vicevoorzitter NOV

prof. dr. Jan Verhaar
orthopedisch chirurg, emeritus hoogleraar
orthopedie

Verrassend genoeg is, in 1898, niet de toename van operatieve behandelmogelijkheden, maar een voortschrijdende mechanisatietrend de directe aanleiding om de Nederlandse Orthopaedische Vereniging op te richten. De tweede helft van de negentiende eeuw kent enorme sociale en maatschappelijke veranderingen, die tot gevolg hebben dat de levensverwachting steeds verder toeneemt. Tot 1850 hebben artsen zich niet bezighouden met de behandeling van letsels en aandoeningen van de armen en benen; het is een aangelegenheid van leken. Dat verandert als diagnostische en behandelmogelijkheden verbeteren door de opkomst van röntgenonderzoek, narcose en aseptisch werken (wat de kans op infecties verkleint). Operatief behandelen is dan inmiddels wel een reële optie geworden, maar staat nog in de kinderschoenen. In diezelfde periode verrijzen dankzij de mechanisatie imposante bouwwerken en bruggen, waaronder de Eiffeltoren. Ook op het gebied van gezondheid wordt steeds meer in termen van mechaniek gedacht. Speciale rek- en oefenapparaten in Zanderinstituten – analoog aan de huidige fitnesscentra – en speciale oefeningen bij heilgymnastiek komen in de mode. Het idee

daarachter is dat klachten en afwijkingen van het bewegingsapparaat met behulp van deze rek- en oefenapparaten zijn te genezen. Een wetenschappelijke onderbouwing is echter niet voorhanden en bijna alle behandelingen worden uitgevoerd zonder tussenkomst van artsen. Om deze wildgroei tegen te gaan roept een kleine groep artsen onder leiding van 'militair orthopaed' Adrianus Paré (1860-1934) de NOV het leven: 'de vereniging voor artsen ter beoefening van de orthopedie, mechanotherapie, geneeskundige gymnastiek en massage'. Tien jaar na deze start ontstaat een bredere interesse in de specialistische (operatieve en niet-operatieve) behandeling van orthopedische klachten. Die neemt een dusdanige vlucht dat na 1950 de behandelaars voor mechanotherapie, geneeskundige gymnastiek en massage zelfstandig verdergaan in afzonderlijke verenigingen.

Kennis door oorlogen

Internationaal zijn de twee wereldoorlogen van grote invloed op de ontwikkeling van de orthopedie. De levensbedreigende letsels van het steun- en bewegingsapparaat van vele jongemannen en de daaruit voortkomende invaliditeit maken nieuwe behandelingen noodzakelijk. Nederlandse orthopeden leren van de ervaring van hun Engelse en Duitse collega's, die door de oorlogen veel kennis hebben opgedaan. De Tweede Wereldoorlog geeft een extra impuls aan nieuwe ontwikkelingen in de anesthesie, bloedtransfusies, antibiotica (penicilline!) en antisepsis. Dat schept betere condities voor



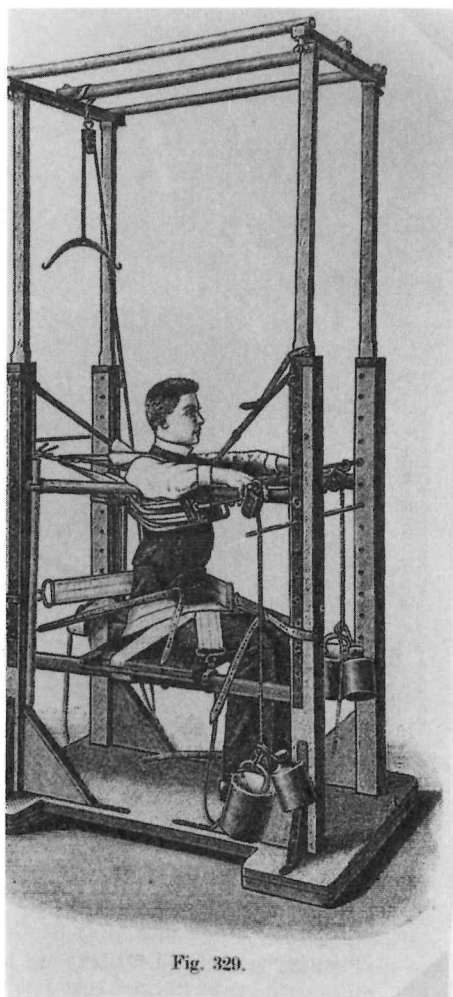
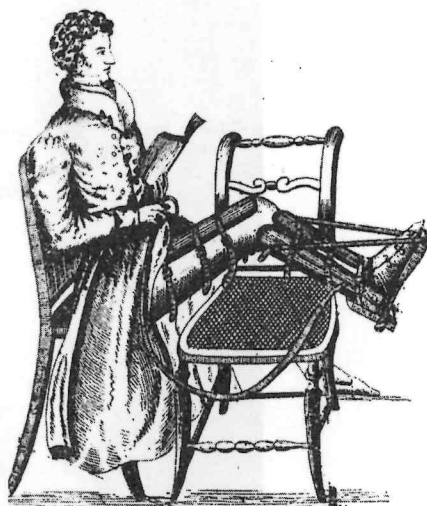


Fig. 320.

Rechtsouder: NOV-oprichter en 'militair orthopaed'
Adrianus Paré (1860-1934)



orthopedische ingrepen, en de ontwikkeling van gewrichtsvervangende protheses komt op gang. In Nederland richt de orthopedische zorg zich vooral op de behandeling van gevolgen van aangeboren afwijkingen, poliomyelitis, tuberculose en traumatische letsels. Er komen gespecialiseerde orthopedische ziekenhuizen zoals de Anna Kliniek in Leiden (1926) en de Sint Maartenskliniek in Nijmegen (1936), en steeds meer ziekenhuizen krijgen een orthopedische afdeling. De Nederlandse bevolking is in die tijd nog relatief jong en van een volksziekte als artrose zoals wij die nu kennen, is nauwelijks sprake. De meeste orthopeden volgen in die tijd hun specialistische opleiding in de orthopedie in het buitenland, zoals Engeland, Duitsland, Zwitserland en Frankrijk. In reactie daarop wordt in 1956 in Nederland de opleiding tot orthopedisch chirurg gestructureerd en uit gebreed tot zes jaar. In 1961 neemt de NOV afscheid van de term 'orthopeed' en kiest, conform de praktijk, voor de titel 'orthopedisch

chirurg', ter onderscheid van opkomende specialismen als revalidatiegeneeskunde en reumatologie, die zich uitsluitend bewegen op het niet-operatieve vlak.

Platen, schroeven en pennen

De operatieve mogelijkheden nemen eind jaren zestig snel toe. Onder invloed van het Zwitserse kennisinstituut voor osteosynthesevraagstukken (AO) komen innovatieve implantaten, zoals platen, schroeven en pennen, ter beschikking en groeit het aantal AO-getrainde Nederlandse orthopedisch chirurgen snel. Daarnaast maakt, dankzij het pionierswerk van de Britse orthopedisch chirurg sir John Charnley (1911-1982), de (heup)prothesechirurgie een enorme ontwikkeling door. Ook de mogelijkheden op het minimaal invasieve chirurgisch vlak (artroscoopie) ontwikkelen zich in hoog tempo en maken een sneller herstel van patiënten mogelijk. Daardoor groeit de orthopedie explosief: in de Nederlandse ziekenhuizen komen grote orthopedische afdelingen en op de academische opleidingen krijgt de orthopedie in de jaren zeventig steeds meer ruimte. In de jaren tachtig ontstaat inhoudelijke verdieping van het vak door de opkomst van deelspecialisaties als wervelkolomchirurgie, reumachirurgie en kinderorthopedie.

Als gevolg van een mismatch tussen de beschikbare behandelcapaciteit in Nederlandse ziekenhuizen en de grote vraag naar orthopedische zorg ontstaan begin jaren negentig lange wachtlijsten. Voor gewrichtsprothesechirurgie is de wachttijd vaak meer dan een jaar. Het ministerie van VWS erkent het probleem en stelt miljoenen ter beschikking. Langzaam krimpen de wachtlijsten.

Al nemen de mogelijkheden voor operatieve behandeling sterk toe, evenals het aantal patiënten dat ervoor in aanmerking komt, de conservatieve (niet-operatieve) behandelingen vormen nog steeds een groot deel van de praktijk. Orthopedisch chirurgen hebben veel expertise op dit vlak en blijven deze behandelingen altijd nastreven. Daardoor nemen ze een bijzondere en verbindende positie in in de integrale specialistische behandeling van afwijkingen aan het steun- en bewegingsapparaat, en de NOV zet de lijn voort die ruim een eeuw geleden is ingezet.

Koploper in efficiënte zorg

In de loop van de jaren negentig zwelt in de gezondheidszorg de discussie aan over prioritering van zorg. Steeds vaker klinkt de vraag of elke behandeling wel zinvol is. De Nederlandse orthopedisch chirurgen dragen daaraan actief bij: plaatsing van totale heup- en knieprotheses

**De wereldoorlogen
waren van grote
invloed op
de ontwikkeling
van de orthopedie**

blijkt gezien de grote toename van kwaliteit van leven een uitzonderlijk effectieve behandeling. Over andere behandelingen ontstaat, op basis van goed wetenschappelijk onderzoek, veel discussie: vooral artroscopische ingrepen bij artrose van het kniegewricht blijken minder effectief dan wordt verondersteld.

De orthopedie wordt een van de Nederlandse koplopers in efficiënte zorg. Er wordt in die tijd veel gekeken en geleerd in Scandinavië, waar men een voorsprong heeft op dit vlak. De ervaringen van onder meer de Deense collega's dienen als voorbeeld voor de invoering van ingrepen in dagbehandeling en verkort ziekenhuisverblijf. Goede informatie aan de patiënten blijkt daarvoor essentieel.

De orthopedie werd een van de koplopers in efficiënte zorg

De NOV besteedt in die periode veel aandacht aan de toetsbaarheid en transparantie van orthopedische zorg naar de samenleving. De vereniging pleit ervoor het aantal orthopeden te vergroten en meer wetenschappelijk onderzoek te stimuleren. Als resultaat van die inspanningen neemt rond de millenniumwisseling het aantal opleidingsplaatsen toe en groeit het aantal orthopeden naar zeshonderd. De Landelijke Registratie van Orthopedische Interventies wordt een feit (meer hierover in het artikel op pagina 16). Dankzij de LROI kunnen niet alleen de successen van gewrichtsvervangende ingrepen van heup en knie worden opgespoord, maar ook minder goed presterende protheses. Op basis van deze registratie besluit de NOV in 2014 te stoppen met een specifieke heupprothese (metaal-op-metaal) en is daarmee in Europa de trendsetter.

Oplopende wachtlijsten door covid

In 2012 wordt door de NOV de leus 'Orthopedie houdt Nederland in beweging' geïntroduceerd. De vereniging geeft nog meer aandacht aan het wetenschappelijk evalueren van de zorg en



Artroscopie van een knie. Via een artroscopische ingreep kunnen kruisbandletsels hersteld worden of losse stukken meniscus verwijderd worden.

begint met een hoogwaardig kwaliteitssysteem (kwaliteitscyclus NOV en hoogwaardige kwaliteitsvisitaties). Ook worden preventie en leefstijlvraagstukken belangrijker. Zo krijgen patiënten met overgewicht het advies eerst af te vallen voordat ze een gewrichtsprothese ontvangen. Als in 2020 covid de gehele zorg in Nederland stillegt, worden orthopedische operaties zo goed als gestaakt. Wachtlijsten lopen op tot dertigduizend orthopedische patiënten, met wachttijden van zeven maanden tot twee jaar. In de daaropvolgende discussie over inhaalzorg benadrukt de NOV dat de kwaliteit van leven door orthopedische ingrepen sterk verbetert, als gevolg van het behoud van vitaliteit, zelfredzaamheid en sociale en arbeidsparticipatie.

Helaas blijkt inhaalzorg niet goed mogelijk vanwege covidgerelateerde personeelstekorten en leveringsproblemen.

Berekeningen door de Wetenschappelijk Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) laten zien dat de Nederlandse gezondheidszorg niet op de bestaande manier kan worden voortgezet; de vraag en beschikbare capaciteiten lopen te ver uiteen. Het in 2022 afgesloten Integraal Zorgakkoord (IZA) roept op de zorg anders te regelen. Zorg moet meer regionaal en in netwerken worden georganiseerd, en professionals krijgen mede de verantwoordelijkheid om de instroom te beperken door innovaties en verplaatsing van zorg naar de eerste of anderhalve lijn. De NOV heeft daar in het strategisch plan

2022-2027 al op voorgesorteerd, met als belangrijke doelen 'Draag zorg voor de optimale behandeling van de patiënt' en 'Zet de orthopedische zorg op de kaart'. Daarbij is netwerkzorg richtinggevend. De orthopedie loopt voorop met betrekking tot registratie, evaluatie en innovatie van zorg, en deelt dat in een netwerk van beweegzorg met de ketenpartners reumatologie, revalidatiegeneeskunde, sportgeneeskunde, traumachirurgie en (mogelijk) de kaderhuisarts. De NOV is een van de 'aanjagers' van de in 2022 opgezette Bewegialliance om de beweegzorg politiek en maatschappelijk onder de aandacht te brengen. Daarnaast benoemt het strategieplan nadrukkelijk de eigen rol van de orthopedie, waarin de diagnostiek en (conservatieve of operatieve) behandeling van afwijkingen aan het steun- en bewegingsapparaat centraal staan.

Gezondheidswinst

De NOV heeft de ambitie om de 'geleverde kwaliteit' te kunnen uitleggen en vertalen in gezondheidswinst voor de gemeenschap en de individuele patiënt. Kwaliteit moet worden uitgedrukt en meetbaar gemaakt in uitkomstsets op het gebied van vitaliteit, zelfredzaamheid, productiviteit en geluk. Een tweede ambitie is de toepassing van best practices in de landelijke orthopedische praktijk aan de hand van uitkomstsets in de spreekkamer.

Dankzij technische innovatie, zoals 3D-printing, stijgt de kwaliteit en de betrouwbaarheid van ingrepen

Het gebruik en de analyse van data zal de komende jaren een grote vlucht nemen. Invoering van patiëntgebonden uitkomsten (PROM's) in bestaande elektronische patiëntendossiers, zoals pijnscores, kwaliteit van leven en dagelijks functioneren, moet het kompas vormen voor contactmomenten tussen patiënt en behandelaar. Draagbare gezondheidsmeters (wearables) en klinimetrische data gaan patiënten en hun zorgverleners inzicht geven in de verschillende fases van behandeling. Communicatie tussen patiënt en behandelaar zal waar nodig in leven-

den lijve plaatsvinden, maar wordt steeds vaker een digitaal (e-health-)proces waarbij een dashboard op tablet of smartphone een grote rol speelt. Daarnaast kunnen met geautomatiseerde intelligentie (AI) algoritmes worden gemaakt die zorgverleners ondersteunen in de diagnostiek, de inhoud van en overgangen in behandelstappen, behandeltechniek en ontwerpen van individuele revalidatietrajecten. Patiënten krijgen ondersteuning bij keuzes over behandelvormen, de timing van overgang naar een volgende fase van een behandeling, en begeleiding in het revalidatieproces.

Dankzij technische innovatie stijgt de kwaliteit en betrouwbaarheid van ingrepen. Te denken valt aan 3D-printing voor patiëntspecifieke prothesen, operatie-instrumentarium en zelfs biomaterialen; robotgeassisteerde chirurgie; en perioperatieve beweeganalyses, die helpen bij de indicatiestelling en inschatting van uitkomsten bij individuele patiënten. Op psychosociaal gebied ontstaan mogelijkheden om uitkomsten van behandeling te correleren aan patiëntverwachtingen en patiëntkenmerken. Daardoor kunnen voor bepaalde ingrepen bij vergelijkbare patiëntengroepen beter gefundeerde behandelstappen worden gezet.

Onder invloed van deze innovaties en maatschappelijke ontwikkelingen zal de orthopedische zorg evolueren naar regionaal georiënteerde samenwerkingsverbanden. Er wordt gewerkt aan de ontwikkeling van landelijke netwerken



Behandeling van een baby met een pes equinovarus adductus (klompvoetje) door middel van nauwkeurige manipulatie, redressie en het aanleggen van bovenbeengips.

van hoogcomplexe (academische), complexe (algemeen ziekenhuis) en electieve (zelfstandige behandelcentra) locaties waar de orthopedische zorg goed is afgestemd en optimaal geborgd. Daarnaast zullen centra ontstaan voor specifieke orthopedische expertise met landelijke dekking. Het is goed mogelijk dat orthopedisch chirurgen werkzaam zullen zijn op verschillende locaties in het netwerk. Daarnaast zal de NOV de samenwerking met de eerste- en anderhalvelijnszorg aanvuren.

De afgelopen 125 jaar heeft de Nederlandse orthopedie een ongekende transitie ondergaan. Daarin hebben orthopedisch chirurgen steeds de verantwoordelijkheid genomen voor de gehele zorgketen, met expertise op het gebied van diagnostiek, conservatieve en operatieve behandeling, revalidatie en preventie. In dat netwerk van beweegzorg wil de NOV een daadkrachtige aanjager zijn, met de ambitie om Nederland met orthopedie in beweging te houden. ●

contact

jjcaron@me.com
cc: redactie@medischcontact.nl



→ Meer over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

Orthopedisch chirurg met een sporthart

Hoogleraar orthopedie Denise Eygendaal is dé specialist op het gebied van de elleboog. 'Orthopeden zijn de bouwvakkers van het ziekenhuis. Het stereotype van een orthopedisch chirurg is daardoor nog steeds een man.'

Henk Maassen

h.maassen@medischcontact.nl

[@medischcontact](https://twitter.com/medischcontact)



Ze kreeg in maar van dit jaar de Corrie Herman prijs omdat ze 'een groot en ambitieus voorbeeld voor vrouwelijke collega's is. Ze is (mede-)oprichtster van de Dutch Ortho-

paedic Ladies Society binnen de orthopedie, en ook verbonden aan het internationale forum genaamd Women in Orthopedics.' En last but not least is Denise Eygendaal de eerste en tot nu toe ook enige vrouwelijke hoogleraar orthopedie in ons land.

Ze is, zegt ze, blij met de prijs. Waarom? 'Omdat ik een groot voorstander van diversiteit ben. Dat maakt je als team sterker, creatiever en minder kwetsbaar.' Onderzoek in het bedrijfsleven heeft dat ook laten zien. Wat dat betreft moet er in de geneeskundeopleiding trouwens wel wat veranderen: meer kleur en ook meer mannen. Daarmee weer centraal gaan selecteren is daardoor een goede zaak, vind ik. Ik zou zeggen: 90 procent loten, dan krijgt iedereen een kans. De resterende 10 procent is voor de excellente studenten, die mogen gelijk door.' Lachend: 'Dat zullen dan waarschijnlijk wel vooral 18-jarige vrouwen zijn.'

De man-vrouwverhouding in de medische vervolgoopleidingen kun je weergeven in een parabool, constateert ze. 'Met helemaal links orthopedie, en helemaal rechts de klinische geriatrie. Dat laatste vakgebied telt 10 procent mannen en 90 procent vrouwen, de orthopedie maar 10 procent vrouwen versus 90 procent mannen. Het Erasmus MC is overigens een mooie uitzondering; verhoudingsgewijs hebben we een groot aantal vrouwelijke orthopedisch chirurgen in de vakgroep: 8 van de 21 stafleden. Ook onder de aiosen is landelijk gezien de man-vrouwverhouding in de orthopedie wel wat beter. Maar dat leidt niet meteen tot gejuich, want volgens Eygendaal, is onder hen het aantal afvallers 'zorgelijk hoog'.

Hoe komt dat?

'In alle loopbanen heb je rolmodellen en mentoren nodig – vakgenoten die je af en toe een hart onder de riem steken. Ik kan me goed voorstellen dat vrouwen die in opleiding zijn in een mannenbolwerk niet precies weten of aanvoelen wat daar de spelregels zijn. Je moet eigenlijk iemand hebben die je daarop attendeert.'

Later vult ze haar antwoord nog aan. 'Wij zijn', verzucht ze, 'elkaar als dokters soms behoorlijk aan het verzuren. Er is veel gemopper. En het valt ook niet te ontkennen: er zijn veel paarse krokodillen. Maar orthopeden hebben echt een heel prachtig vak. Zeg dat één keer per dag tegen jezelf, want alleen zo zorgen we er als zittende generatie van mentoren voor dat al die aankomende dokters hun opleiding ook daadwerkelijk afmaken en zich realiseren wat een mooi vak het is.'

Had u een rolmodel?

'Nee. Ik kende het woord niet eens. Ik was altijd al wel een "tomboy": een meisje dat graag met jongens speelde en in bomen klom.' Tot haar 22ste speelde Eygendaal badminton op het hoogste niveau, toen moest ze kiezen tussen het Europees kampioenschap of voor de Harvard Medical School waarvoor ze een beurs had

gekregen. Dat laatste kon ze niet laten lopen: 'Maar ik heb altijd een sporthart gehouden. Badminton is een gemixte sport. Daar komt bij: in topsport moet je intensief samenwerken – dus misschien heb ik zo de nodige skills meegekregen. Gelukkig ben ik in mijn loopbaan ook diverse malen

mannelijke collega's tegengekomen die mij goed advies gaven. Ik bedoel: even die twee minuten bij de koffieautomaat, of even dat appje met een tip. Dat is de essentie van goed mentorschap. En je moet uiteraard een klik hebben met dit vak. Orthopeden zijn nu eenmaal de timmerlieden/bouwvakkers van het ziekenhuis: boren, zagen, cementeren. Dat maakt wel dat het stereotype van een orthopedisch chirurg nog steeds een man is, liefst groot en gespierd. Als jonge meisjes dromen van een opleiding genees-



'Ik zou graag zien dat meer meisjes orthopedie op hun netvies krijgen'

kunde, willen ze vaak huisarts of kinderarts worden. Ook mooi, maar ik zou graag zien dat meer meisjes orthopedie op hun netvies krijgen. Daarom heb ik op de middelbare school van mijn kinderen tijdens de beroepsoriëntatie vertelt over mijn vak, en motiveer ik mijn staf dat ook te doen. En ga ik nu met een vrouwelijke orthopeed in opleiding in Nijmegen webinars organiseren voor middelbare scholieren.'

Het basiscurriculum geneeskunde moet ook anders, vindt ze. Daarin is het aandeel 'bewegingsapparaat' – dus: reumatologie, sportgeneeskunde, orthopedie, traumatologie, revalidatiegeneeskunde en plastische chirurgie – veel te laag. 'Ik denk nu aan een kortdurende summerschool voor medisch studenten. In een dag of twee krijgen ze dan, op vrijwillige basis, te zien en te horen wat orthopedie precies behelst.'

Wat niet iedereen zich zal realiseren, voegt ze daaraan toe, is dat haar discipline 'een

mooie mix is van beschouwen en snijden. Ik kan dat niet genoeg benadrukken. Ben je bijvoorbeeld gespecialiseerd in de schouder, dan behandel je 80 procent van je patiënten niet-operatief, maar fysiotherapeutisch en met injecties.'

Je kunt Denise Eygendaal gerust een superspecialist noemen; ze is dé expert in de behandeling van de disfunctionerende of instabiele elleboog. Ze ziet dan ook een heel diverse patiëntengroep. Om te beginnen kinderen met aangeboren afwijkingen van de elleboog, zoals vergroeiingen waardoor ze hun hand niet goed kunnen gebruiken, maar ook kinderen die een ongeval hadden. Ze vertelt hoe ze bij deze patiënten te werk gaat: 'Vóór de operatie worden CT-scans van de gekwetste én de gezonde elleboog gemaakt. Die spiegelen we vervolgens aan elkaar. Zo is zichtbaar te maken wat er precies mis is met de aangedane elleboog. In 3D, met de computer, kunnen we vervolgens berekenen hoe we moeten corrigeren. We printen dan, ook in 3D, de instrumenten die dat tijdens de operatie mogelijk maken. We passen de instrumenten dus aan op wat er met de patiënt aan de hand is. Ontzettend hip, heel technisch en leuk om te doen!'

Eygendaal houdt ook spreekuur in het Sophia Kinderziekenhuis. 'Ik vraag er dan nog weleens een kinderorthopeed bij, want dat ben ik niet. En als ik kinderen en jongeren zie met aan topsport gerelateerde letsels kijk ik altijd samen met een sportarts. Ik geloof sowieso niet in hokjes, bij bijna alles wat ik doe werk ik samen met "belendende specialismen", zoals de pols-handchirurg, revalidatiearts, klinisch neurofysioloog, de traumatoloog of de plastisch chirurg. Die interactie is essentieel.'

Ze ziet ook volwassenen met overbelastingletsels, peesontstekingen, bicepsproblemen, gebroken ellebogen, verstijfde ellebogen, en vanaf het 60ste levensjaar: versleten ellebogen. 'We plaatsen per jaar in Nederland ongeveer tweehonderd elleboogprotheses – vergeleken met de ruim 20 duizend heupprotheses is dat niet veel. Dat gebeurt voor een deel in vijf hoogvolume centra en voor een deel in laagvolume centra, die overigens in het kader van het Integraal Zorgakkoord wel verder zouden moeten condensereren.'

Welk type topsporters behandelt u?

'Hoogrisicosporters zoals polstokhoogspringers, rugbyspelers en wielrenners. Maar ook sporters die chronisch overbelast raken aan de elleboog, zoals honkballers, tennissers en volleyballers. Judoka's zien we ook, vanwege de bekende "armklem" die voor de elleboog slecht kan aflopen. En turners: bij hen zien we na verloop van tijd osteochondritis dissecans (OCD). Daarbij sterft het kraakbeen en het ondergelegen stuk bot af. Zo ontstaat een losliggend "eilandje", een OCD-haard.' Maar ook wie minder fanatiek sport, kan bij haar terecht: '95 procent van de sportgerelateerde elleboogoperaties doen we bij "gewone" sporters.'

Gelukkig kunnen ze na uw ingreep weer sport op hun oude niveau beoefenen.

'Was het maar waar! Bij kraakbeenletsels, met name bij die jonge turnsters, lukt dat maar in 60 procent van de gevallen. Dat is dramatisch laag. Daarom moeten we turners en andere sporters beter monitoren. In de VS zijn inmiddels regels voor honkbalpitchers: als jongeling mag je per wedstrijd maar een bepaald aan-

tal malen gooien, heb je dat aantal bereikt dan moet je langs de kant. Maar ja, het is wel sport: dus die richtlijnen worden in de belangrijke wedstrijden lang niet altijd opgevolgd.'



'Ik geloof niet in hokjes, bij bijna alles wat ik doe werk ik samen'

Wat is momenteel de frontlinie in uw vakgebied? Waar liggen de uitdagingen?

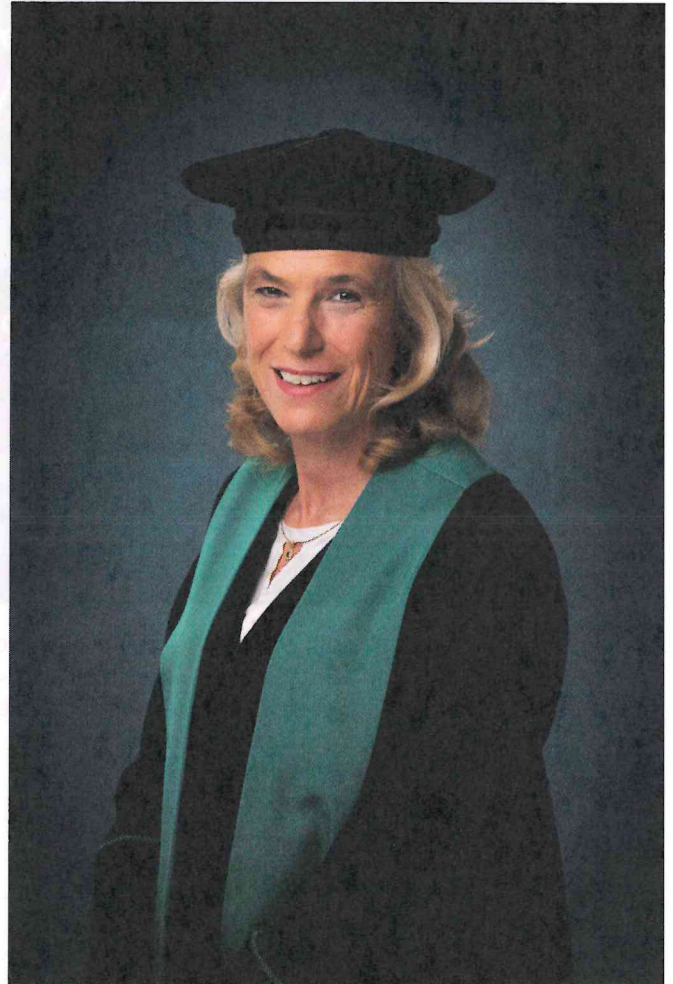
'Het klinkt als een open deur: maar dat is toch preventie. Artrose komt als een tsunami op ons af. Het is superfijn dat we heup- en knieprothesen kunnen plaatsen, maar we moeten om die golf af te remmen tijdig kijken naar de invloed van leefstijl. Het bekende Generatie R-cohort hier in Rotterdam gebruiken we om na te gaan

wie wel en wie geen artrose krijgt en welke factoren daarbij een rol spelen. Nog zo'n punt: ongevallen met grote impact bij ouderen nemen toe. Van 0 tot 100 moeten we beter en vooral verstandiger bewegen, en bij ouderen betekent dat ook valpreventie, zowel lopend als met de fiets of e-bike. En dan zijn er nog de patiënten met een maligne aandoening: hun levensverwachting is door mooie innovatieve therapieën groter geworden. Maar een deel van deze patiënten krijgt

uitzaaiingen in het bot. Hoe gaan we deze mensen in hun laatste levensfase weer zo snel mogelijk op de been krijgen met zo min mogelijk pijn en opnamedagen in het ziekenhuis? Ook daar liggen uitdagingen. De primaire chirurgie – zeg maar: de “nieuwe heup” of de “nieuwe knie” – gaat nu zo goed, dat we daar de komende

tijd nog maar marginale stappen voorwaarts zullen zetten. Intussen groeit het aantal patiënten met een losse heup- of knieprothese. Bij hen zijn die kunstgewrichten versleten, losgelaten door een valpartij of – onverhoopt – met een bacterie besmet. Daar gaan we nog stappen zetten. Een nieuwe vervangende heupprothese kan in deze gevallen geen standaardheup zijn. Net als bij de standcorrecties van de arm, waar we eerder over spraken, maken we een CT-scan, een 3D-planning en uiteindelijk een PSI: een patiëntspecifiek implantaat. Bij zulke operaties maken we gebruik van klinisch-technologische expertise, in ons geval van de TU Delft. ●

‘De artrose golf die eraan komt, moeten we zien af te remmen’



Denise Eygendaal

Denise Eygendaal (53) studeerde geneeskunde aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam en vervolgde haar opleiding later in onder meer Denemarken, Australië en de Verenigde Staten (Harvard Medical School).

In Leiden promoveerde ze in 2000 op *Medial instability of the elbow joint*. Daarna was ze achtereenvolgens verbonden als stafid aan de Sint Maartenskliniek in Nijmegen en ziekenhuis Amphia in Breda.

Sinds 2016 is ze bijzonder hoogleraar in de orthopedie (pathologie van de elleboog) aan de Universiteit van Amsterdam, en sinds 2021 is ze afdelingshoofd Orthopedie & Sportgeneeskunde van het Erasmus Medisch Centrum en als hoogleraar orthopedische chirurgie verbonden aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Eygendaal is een van de initiatiefnemers van het onderwijsplatform Elleboogkliniek.nl dat tot doel heeft de behandeling van elleboogklachten in Nederland verder te verbeteren.



→ Meer over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.



Robotic-Assisted Solution

Simplicity.

The Next Chapter in Robotics

[Start the Next Chapter >](#)



All products may not be available and/or approved or cleared by all global regulatory authorities. Please refer to the instructions for use for a complete list of indications, contraindications, warnings, and precautions.
© DePuy Synthes 2021, 2023. All rights reserved.
155654-230109 DSUS/EMEA



Introducing
ZBEdge™
by ZIMMER BIOMET

Dynamic Intelligence™

Meaningful connections to unlock insights

ZBEdge is Zimmer Biomet's suite of integrated digital technologies, robotics, implants and consultancy services, built to unlock data-powered insights across the continuum of care.

Learn more at
zimmerbiomet.eu/zbedge

This material is intended for healthcare professionals. Distribution to unlicensed entities is prohibited. Zimmer Biomet does not practice medicine. For indications, contraindications, warnings, precautions, potential adverse effects and patient counseling information, see the package insert or contact your local representative. All trademarks are the property of their respective owners. Zimmer Biomet runs for additional product information. Patients must have a compatible smart phone to utilize mymobility. Not all patients are candidates for the use of this product and customer should evaluate individuality to determine which patients are. Surgery risks for therapy of choice. All numbers used in the mymobility app examples are fictional. No information will be shared with third parties without your consent. © 2023 Zimmer Biomet LP/23.1. EMEA-en-leave-2023-105-ZB125



COLUMN

Jan van Mourik
orthopedisch chirurg

Er is er een jarig!

Kent u ze nog, de adviezen van de Gezondheidsraad uit 2017 over bewegen? Voor volwassenen en ouderen is de beweegrichtlijn: per week minstens 150 minuten matig intensieve inspanning zoals wandelen en fietsen en minstens tweemaal per week spier- en botversterkende oefeningen, voor ouderen gecombineerd met balansoefeningen. De reden voor die adviezen is bekend: bewegen is gezond en verbetert het uithoudingsvermogen. Daarnaast verlaagt bewegen het risico op hart- en vaatziekten, diabetes en depressieve symptomen, en geeft veel bewegen een lager risico op borst- en darmkanker. Ouderen (65-plussers) die regelmatig bewegen, verlagen hun kans op botbreuken, hebben minder functieverlies en blijven langer zelfredzaam.

Bewegen is dus erg belangrijk. Maar dan moet je wel kunnen bewegen, en geen hinder ondervinden van artrotische gewrichten. Dat soort klachten moet eerst verholpen, en daarvoor zijn orthopedisch chirurgen de geschiktste zorgverleners. Niet voor niets is het motto van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV): orthopedie houdt Nederland in beweging.

Orthopeden doen dat niet alleen. Ze werken intensief samen met sportartsen, fysiotherapeuten, manueel therapeuten, gipsverbandmeesters, reumatologen en revalidatieartsen. Dat doen ze door het geven van adviezen, het voorschrijven van medicijnen en het uitvoeren van operaties. Bij die operaties is het de afgelopen

corvidjaren verschrikkelijk misgegaan. Vooral bij de planbare zorg, waaronder het plaatsen van gewrichtsprotheses. Tijdens de opeenvolgende coronacrisis zijn significant minder patiënten geopereerd. Dat blijkt uit gegevens van de LROI (Landelijke Registratie Orthopedische Interventies): in de eerste coronagolf, maart-mei 2020, heeft de planbare zorg zo goed als stilgelegen en ook tijdens de tweede golf, oktober 2020-april 2021, was het aantal geplaatste protheses 22 procent minder dan normaal. Tijdens de derde golf, december 2021-

kregen omdat het 'toch maar planbare zorg was', blijft voor mij onbegrijpelijk. Het doet me vrezen voor de toekomst. Want de volgende crisis heeft zich alweer aangemeld: het tekort aan zorgpersoneel, dat alleen nog maar meer zal toenemen. Ook daarop is Nederland niet goed voorbereid, en ook daarvoor heeft Nederland geen oplossing; niet lokaal, niet regionaal en niet nationaal.

Er is er een jarig, en dat is de NOV. Op 1 mei 2023 bestaat ze 125 jaar. Bij een verjaardag hoort een cadeau. Niet voor de

NOV, niet voor de orthopeden, maar wel voor de orthopedische patiënten. Een mooi cadeau zou zijn als de Nederlandse gezondheidszorg plannen maakt voor de volgende crisis, zoals al eerder is suggereerd door het

Bewegen is belangrijk, maar dan moet je het wel kunnen

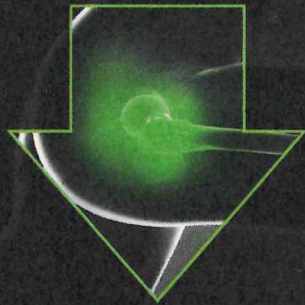
januari 2022) werden zelfs 33 procent minder gewrichtsprotheses geplaatst. Maar ook bij urgente orthopedische zorg, zoals ingrepen in verband met infecties of recidiverende luxaties van eerder geplaatste gewrichtsprotheses, daalde het aantal verrichtingen scherp.

Dat tijdens de eerste coronacrisis de planbare zorg volledig stillag, was goed te begrijpen: niemand wist precies wat er aan de hand was en hoe de uitdagingen moesten worden opgelost. Maar dat het tijdens de tweede en derde coronacrisis ook zo is gelopen, dat tijdens die crises ook zo fors is afgeschaald, dat orthopedische patiënten met hevige pijn geen gewrichtsprotheses

Centrum voor Ethiek en Gezondheid. Zodat tijdens een volgende crisis wél planbare zorg wordt verricht. Zodat patiënten kunnen blijven bewegen, zodat Nederland in beweging blijft, zodat Nederland niet weer vastloopt. Zodat 'oudere mensen hun autonomie kunnen behouden', aldus minister Helder in december 2022 in NRC. Aanzetten voor oplossingen staan in deze bijlage, maar wellicht zijn drastischer ingrepen nodig. Misschien is de *rule of rescue* wel minder heilig dan we denken. Denkt u mee over zo'n passend cadeau voor de orthopedische patiënten? En daarmee voor alle planbare patiënten? ●

Heraeus

Medical



PALACOS® R+G
ADVANCING, TOGETHER

LONGER IMPLANT SURVIVAL.
WITH THE RIGHT BONE CEMENT.

27%

lower revision risk* in
hip surgeries with PALACOS® R+G
compared to other bone cements

www.heraeus-medical.com

* Calculated difference of cumulative revision rates in hip arthroplasty at 15 years of implantation

NJR Data Supplier Feedback (summary reports). Cumulative revision rates (2007–2022) status February 2023. Current report accessible at <http://herae.us/njr-data>

We thank the patients and staff of all the hospitals in England, Wales, Northern Ireland and the Isle of Man who have contributed data to the National Joint Registry. We are grateful to the Healthcare Quality Improvement Partnership (HQIP), the NJR Steering Committee and staff at the NJR Centre for facilitating this work. The views expressed represent those of Heraeus Medical GmbH and do not necessarily reflect those of the National Joint Registry Steering Committee or the Healthcare Quality Improvement Partnership (HQIP) who do not vouch for how the information is presented.

HERAEUS MEDICAL GMBH
KUNIGSTRASSE 10
D-63450 HANAU
TELEFON +49 6271 123 123
FAX +49 6271 123 123
WWW.HERAEUS-MEDICAL.COM

HERAEUS MEDICAL GMBH
KUNIGSTRASSE 10
D-63450 HANAU
TELEFON +49 6271 123 123
FAX +49 6271 123 123
WWW.HERAEUS-MEDICAL.COM

HERAEUS MEDICAL GMBH
KUNIGSTRASSE 10
D-63450 HANAU
TELEFON +49 6271 123 123
FAX +49 6271 123 123
WWW.HERAEUS-MEDICAL.COM

HERAEUS MEDICAL GMBH
KUNIGSTRASSE 10
D-63450 HANAU
TELEFON +49 6271 123 123
FAX +49 6271 123 123
WWW.HERAEUS-MEDICAL.COM

HERAEUS MEDICAL GMBH
KUNIGSTRASSE 10
D-63450 HANAU
TELEFON +49 6271 123 123
FAX +49 6271 123 123
WWW.HERAEUS-MEDICAL.COM

HERAEUS MEDICAL GMBH
KUNIGSTRASSE 10
D-63450 HANAU
TELEFON +49 6271 123 123
FAX +49 6271 123 123
WWW.HERAEUS-MEDICAL.COM

HERAEUS MEDICAL GMBH
KUNIGSTRASSE 10
D-63450 HANAU
TELEFON +49 6271 123 123
FAX +49 6271 123 123
WWW.HERAEUS-MEDICAL.COM

HERAEUS MEDICAL GMBH
KUNIGSTRASSE 10
D-63450 HANAU
TELEFON +49 6271 123 123
FAX +49 6271 123 123
WWW.HERAEUS-MEDICAL.COM

HERAEUS MEDICAL GMBH
KUNIGSTRASSE 10
D-63450 HANAU
TELEFON +49 6271 123 123
FAX +49 6271 123 123
WWW.HERAEUS-MEDICAL.COM

HERAEUS MEDICAL GMBH
KUNIGSTRASSE 10
D-63450 HANAU
TELEFON +49 6271 123 123
FAX +49 6271 123 123
WWW.HERAEUS-MEDICAL.COM

HERAEUS MEDICAL GMBH
KUNIGSTRASSE 10
D-63450 HANAU
TELEFON +49 6271 123 123
FAX +49 6271 123 123
WWW.HERAEUS-MEDICAL.COM

HERAEUS MEDICAL GMBH
KUNIGSTRASSE 10
D-63450 HANAU
TELEFON +49 6271 123 123
FAX +49 6271 123 123
WWW.HERAEUS-MEDICAL.COM

HERAEUS MEDICAL GMBH
KUNIGSTRASSE 10
D-63450 HANAU
TELEFON +49 6271 123 123
FAX +49 6271 123 123
WWW.HERAEUS-MEDICAL.COM

HERAEUS MEDICAL GMBH
KUNIGSTRASSE 10
D-63450 HANAU
TELEFON +49 6271 123 123
FAX +49 6271 123 123
WWW.HERAEUS-MEDICAL.COM

HERAEUS MEDICAL GMBH
KUNIGSTRASSE 10
D-63450 HANAU
TELEFON +49 6271 123 123
FAX +49 6271 123 123
WWW.HERAEUS-MEDICAL.COM

MC
DE PODCAST

*Actualiteiten, interviews, tuchtrecht,
media & cultuur en meer.*

Met **Bertho Nieboer**
Hoofdredacteur van Medisch Contact
en gynaecoloog

MEDISCH CONTACT, DE PODCAST

**MET VEEL PLEZIER
PRATEN WIJ U
WEKELIJKS BIJ**



Abonneer u op de podcast via
medischcontact.nl/podcast

Te beluisteren met Google Podcasts Apple Podcasts Spotify MedFeed

Al **1 MILJOEN** registraties ruim **75.000** protheseregistraties per jaar

in 2021:

3.239
schouder-
prothesen

152
elleboog-
prothesen

70
pols-
prothesen

228
vinger-
prothesen

Meer inzicht
in de kwaliteit
van orthopedische zorg

**BETERE ZORG
DOOR REGISTRATIE**

126

onderzoeksprojecten
met LROI-gegevens
in 8 jaar

31.514
totale
heupprothesen

21.444
totale
knieprothesen

122
enkel-
prothesen

LROI-register bevat al meer dan een miljoen registraties over gewrichtsprothesen

Kwaliteitsregistratie levert een schat aan informatie op

Nederland kan bogen op een database met daarin een miljoen registraties van gewrichtsimplantaten en patiëntervaringen. Uniek in de wereld is dat dit LROI-register sinds kort ook complicaties boekstaft. Dat maakt het nog beter mogelijk om de kwaliteit van operatieve zorg te meten – en te verbeteren.

Geke Denissen

directeur Landelijke Registratie Orthopedische Interventies (LROI)

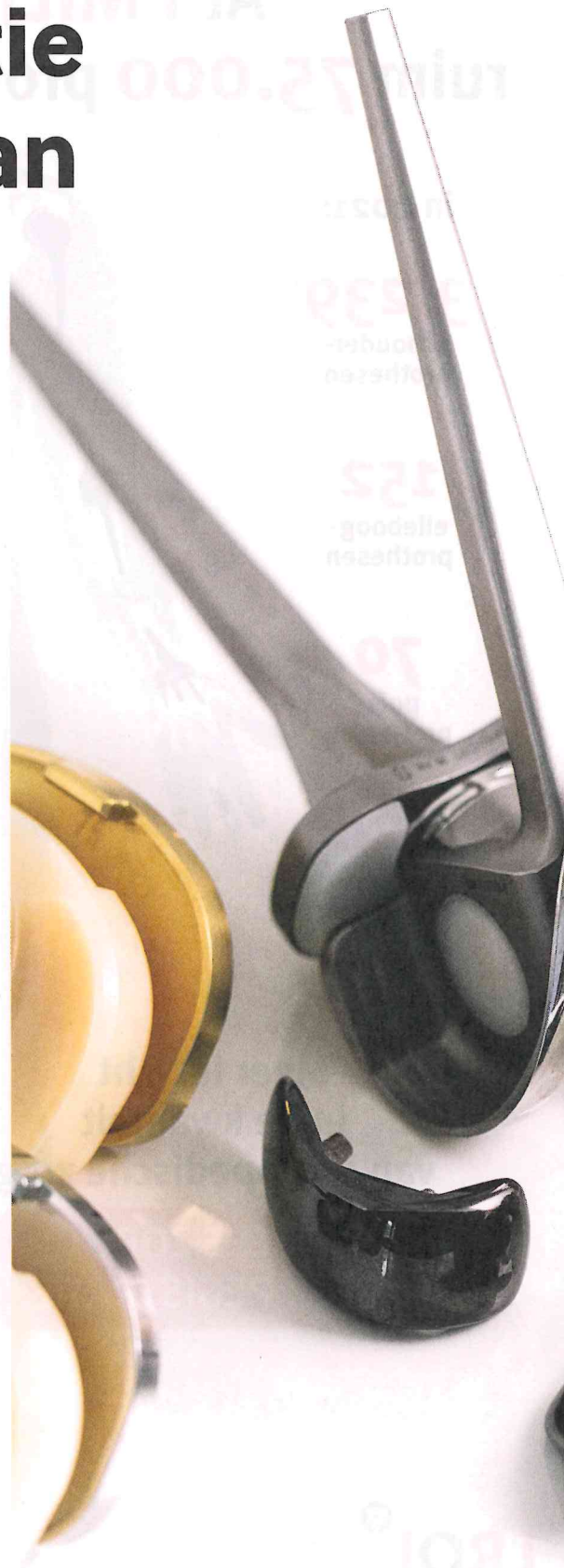
Bart Pijls

orthopedisch chirurg, medisch directeur LROI

Wim Schreurs

orthopedisch chirurg, bijzonder hoogleraar landelijke registratie orthopedische implantaten en operatieve verrichtingen, Radboud Universiteit/Radboudumc

De orthopedie heeft zich in 125 jaar sterk ontwikkeld tot een modern specialisme dat zich bezighoudt met het functioneren van het steun- en bewegingsstelsel. Het doel is het optimaliseren van de kwaliteit van leven, zelfredzaamheid en persoonlijke mobiliteit van patiënten.¹ Gewrichtsprothesen, zoals de totale heupprothese (kunstheup), nemen daarbij een belangrijke rol in. The Lancet heeft de plaatsing van de totale heupprothese zelfs uitgeroepen tot de operatie van de eeuw.²



Het dashboard geeft extra mogelijkheden om de kwaliteit te monitoren

Honderdduizenden patiënten in Nederland zijn inmiddels met een of meer gewrichtsprothesen behandeld. Er zijn talloze variaties van protheseontwerpen op de markt. Ook operatietechnieken en indicatiestellingen verschillen. Soms zijn variaties gebaseerd op wetenschappelijke theorieën, soms zijn er commerciële redenen, zoals het aflopen van een octrooi, waarbij het initiatief kan uitgaan van de producent maar ook van een zorgverlener. Om zicht te houden op de kwaliteit van de zorg en de kwaliteit van prothesen heeft de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) in 2007, met ondersteuning door Zorgverzekeraars Nederland, de Landelijke Registratie Orthopedische Implantaten opgericht. Deze LROI is een kwaliteitsregistratie waarin de gegevens van de primaire

en revisieoperaties van heup-, knie-, enkel-, schouder-, elleboog-, pols- en vingerprothesen worden geregistreerd. Met al ruim een miljoen registraties en een compleetheid van de registratie van maar liefst 99 procent bevat de LROI een schat aan informatie. Niet alleen de prothese zelf wordt geregistreerd, maar ook patiëntkarakteristieken en het ziekenhuis waar de prothese is geplaatst.

Revisiepercentages en pijnscores

De LROI monitort continu uitkomsten van prothesen, fabrikanten, operaties en zorgverleners, en koppelt de beschikbare informatie terug naar de medisch specialist door middel van kwaliteits-

rappporten. Dat zijn gedetailleerde rapporten waarin de individuele specialisten hun uitkomstmaten, zoals revisiepercentages en pijnscores, kunnen terugvinden. Een specialist die vervolgens meer informatie wil, kan terecht bij het LROI-dashboard. Het dashboard laat gedetailleerde informatie zien en geeft extra mogelijkheden om de kwaliteit van de eigen zorg te monitoren en evalueren. Jaarlijks bekijkt de LROI ook of er uitkomstmaten zijn waarbij vakgroepen of prothesen opvallen. Vallen de resultaten van een vakgroep op in negatieve zin, dan gaat de Commissie Kwaliteit (CK) van de NOV met de betreffende collega's kijken naar de mogelijke oorzaken van het resultaat. Bij een duidelijke oorzaak krijgt de vakgroep het verzoek om een verbeterplan op te stellen. Op deze wijze stijgt de kwaliteit van de orthopedische zorg verder. Die interne controlecyclus wordt als zeer prettig ervaren vanwege het laagdrempelige en vertrouwelijke karakter. Het is nooit de bedoeling om vakgroepen terecht te wijzen; leren van en verbeteren met behulp van de data uit het register staat centraal. Daarnaast dienen de LROI-gegevens als gespreksonderwerp tijdens de kwaliteitsvisites van de NOV.

Vroegtijdig opsporen

Zorgverleners moeten elk jaar data aanleveren voor de transparantiekalender van Zorginstituut Nederland. De



data uit de LROI worden gebruikt voor de kalenderonderdelen heup- en knieprothese en zijn daarin zeer waardevol. Het voordeel is dat de data van alle zorgaanbieders met dezelfde statistische methoden worden geanalyseerd, waardoor uitkomsten veel beter vergelijkbaar zijn. Landelijke transparantie wordt ook bereikt via de jaarlijkse LROI-rapportage. Het publiceren van de resultaten per prothese maakt de registratie uniek in Nederland. De rapportage geeft een heel volledig beeld van de gegevens die in de LROI staan en is daarmee een belangrijke informatiebron voor medisch specialisten, onderzoekers, patiënten, zorgverzekeraars, fabrikanten en de overheid.

Een van de grootste calamiteiten op orthopedisch gebied was het falen van de metaal-op-metaalprothese (MoM), een prothese waarbij een grote metalen kop articuleert met een metalen kom. Deze prothese presteerde veel minder goed dan verwacht, wat resulteerde in meer revisieoperaties.³ Doordat dit tijdig werd ontdekt via (internationale) implantaatregisters is een grotere ramp voorkomen. De NOV heeft haar leden via een advies in 2011 aangeraden deze prothese niet meer te gebruiken. Die oproep was zeer succesvol: de LROI-data laten zien dat de prothese met ingang van 2012 in Nederland nagenoeg niet meer is gebruikt. Mede vanwege deze casus hebben de NOV en LROI de 'Procedure Uitkomstanalyse' ontwikkeld. Jaarlijks monitort en rapporteert de LROI resultaten van specifieke protheses. Is de uitkomst van een implantaat, bijvoorbeeld de levensduur, statistisch afwijkend (slechter dan de rest), dan krijgt de fabrikant de mogelijkheid om te reageren op de bevindingen en deze te verklaren met beschikbare informatie. Als de uitschieter daarmee niet goed is te verklaren, zal het rapport beschikbaar worden gesteld aan de orthopedisch chirurgen. Deze procedure binnen de LROI is dus zeer belangrijk in het vroegtijdig opsporen (signaleren) van minder goed functionerende implantaten.

Terugkoppeling naar patiënt

Terugkoppeling van data naar de patiënt staat hoog in het vaandel bij de LROI.⁴ Via een informatiekaart en een speciale animatie informeert de LROI de patiënt over de gegevens die opgeslagen worden bij het plaatsen, verwijderen of verwisselen van een gewrichtsprothese en de belangrijkste resultaten uit de LROI. Via de LROI-implantaatkaart, die de patiënt via de zorgverlener ontvangt, weet de patiënt welk merk prothese is geïmplanteerd.

Op dit moment wordt gewerkt aan een nieuwe website voor patiëntinformatie. Via deze website kan de patiënt de eigen kenmerken opgeven en dan toont de website de verwachte uitkomst voor de patiëntengroep met deze kenmerken. Bijvoorbeeld: een vrouw van 63 jaar met knie-arthrose kan te zien krijgen wat het effect van een protheseoperatie is geweest op de knieklachten bij andere vrouwen in dezelfde leeftijdsgroep. Tevens wordt patiëntspecifieke informatie gegeven over de te verwachten levensduur van de prothese en de patiënttevredenheid. Zo kunnen patiënten zich goed informeren over het te ver-



wachten effect van een operatie en een realistisch beeld krijgen.

Als zich een calamiteit met een bepaalde prothese voordoet, van een dusdanige ernst dat patiënten met deze prothese nader moeten worden onderzocht, dan heeft de

LROI een traceerfunctie. Vakgroepen vinden in de LROI terug welke prothese zij hebben geplaatst bij welke patiënter omdat van elke prothese het artikel- en lotnummer in de LROI-database is opgenomen. Daarnaast informeert de LROI de vakgroepen in zo'n geval actief.

Data voor wetenschappelijk onderzoek

De LROI stelt geanonimiseerde data beschikbaar voor wetenschappelijk onderzoek. In acht jaar tijd zijn 68 publicaties verschenen en er lopen op dit moment 64 onderzoeken. Ook zijn er al twee proefschriften verschenen waarin gebruikgemaakt van de data van de

LROI. De wetenschappelijke onderwerpen lopen zeer uiteen. Zo blijkt uit een publicatie dat gebruik van botcemeel bij plaatsing van een totale heupprothese bij patiënten van 80 jaar of ouder minder revisies veroorzaakt dan plaatsing zonder botcemeel. Een ander onderzoek betreft de vraag of de kans op een revisieoperatie bij een unicondylaire oftewel halve knieprothese (UKP) verschilt tussen plaat-

Minder goed functionerende implantaten kunnen zo vroegtijdig opgespoord worden

sing met of zonder botcement. Onderzoek met LROI-data leidt ertoe dat specialisten steeds beter gefundeerd hun keuze voor een protheseoperatie met een patiënt kunnen bespreken en het behandeltraject kunnen inrichten. De resultaten van LROI-studies worden ook gebruikt voor richtlijnen, zoals de richtlijn Totale knieprothese (TKP). Van alle publicaties wordt een infographic gemaakt die de belangrijkste boodschap van het onderzoek op een visuele manier toont. De informatie wordt daardoor sneller opgepikt en toegepast in de orthopedische praktijk.

Minder registratielast

Registratie in de LROI geschiedt zoveel mogelijk op basis van gegevens uit het elektronisch patiëntendossier (epd). De LROI is betrokken bij projecten met als doel eenmalige vastlegging en meermalig gebruik: de 'registratie aan de bron'-gedachte. Door zoveel mogelijk te kijken naar de informatie die toch al wordt vastgelegd in het zorgproces en die te gebruiken voor de kwaliteitsregistratie, daalt de registratielast. Zorgaanbieders kunnen de informatie op die manier direct vanuit het epd naar de LROI versturen. De LROI was een van de eerste registraties die patiëntgerapporteerde uitkomstmaten (PROM's) zoals pijnscores, kwaliteit van leven en functioneren is gaan meten. Daardoor wordt de waarde van de ingrepen bepaald volgens de principes van value-based health care en kan de informatie worden gebruikt bij gesprekken met de patiënt. Uniek in de wereld is dat het vanaf 2023 ook mogelijk is om complicaties van protheseoperaties vast te leggen in de LROI. Deze informatiestroom verloopt eveneens via het elektronisch patiëntendossier. Complicaties zijn belangrijke uit-

komstmaten bij toetsing van de kwaliteit van orthopedische zorg. Het vastleggen van complicaties geeft veel inzicht in wat er na plaatsing van een prothese gebeurt. Die informatie zal als spiegelinformatie zichtbaar worden op het LROI-dashboard zodat specialisten nog meer kunnen leren van zichzelf en anderen.

De resultaten worden ook gebruikt voor bijvoorbeeld de richtlijn Totale knieprothese

Van 'implantaten' naar 'interventies'

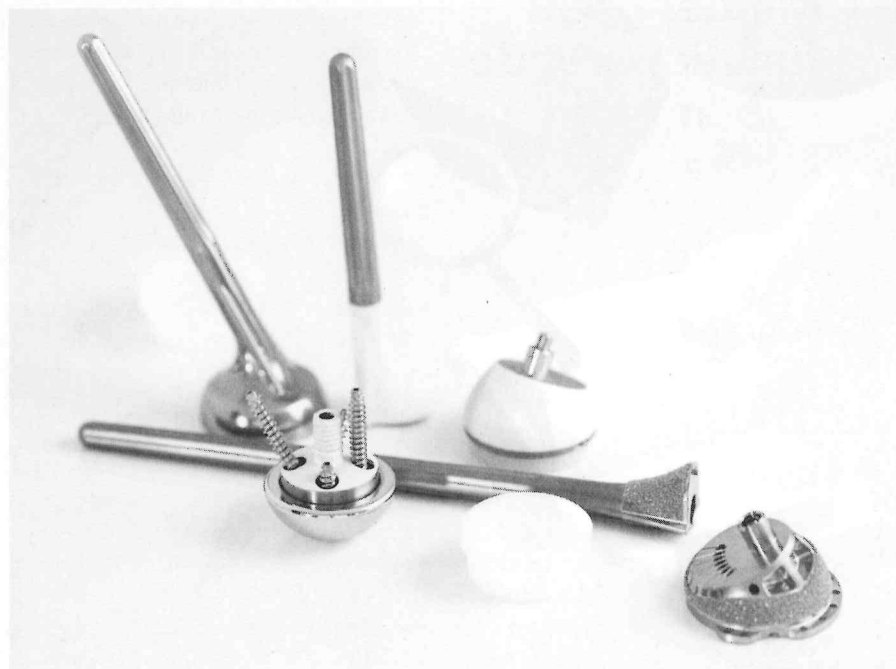
Prospectieve landelijke registratie is behalve voor protheses ook voor veel andere orthopedische interventies zinvol. Daarom hebben de orthopeden in Nederland besloten de LROI verder uit te bouwen. Recentelijk is gestart met de registratie van klompvoetbehandelingen. Die registratie is erg bijzonder omdat het behandeltraject van de klompvoet jarenlang duurt en daarom in onderzoeksverband lastig is uit te voeren. De LROI brengt het gehele traject, van

geboorte totdat het kind volwassen is, in kaart. Zo wordt veel informatie over de behandeling en het verloop van de klompvoet vergaard. Met het oog op de toekomst is de naam van de uitgebouwde LROI in 2022 aangepast naar Landelijke Registratie Orthopedische Interventies.

De registratie van orthopedische implantaten en interventies in het landelijke register van de LROI heeft een enorm momentum opgeleverd voor verbetering van de gewrichtsprothesezorg. Sinds de start van de LROI in 2007 is het revisiepercentage van geplaatste heup- en knieprotheses al met 25 procent gereduceerd. Niet alleen zijn minder goed functionerende protheses van de markt gehaald, ook is de kwaliteit van de operatieve zorg verbeterd. Valide, relevante en onbevooroordeelde informatie over de levensduur van gewrichtsprotheses, kwaliteit van leven van patiënten en technieken om beide te verbeteren zijn en blijven centraal in het register. ●

contact

gdenissen@orthopeden.org
cc: redactie@medischcontact.nl



→ De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

Van 'meester en gezel' naar deelspecialisaties en 'levenslang leren'

Opleiden nieuwe stijl: maatwerk voor elke orthofoon



Heleen Staal
orthopedisch chirurg, opleider en voorzitter
Centrale Opleidingscommissie, Maastricht
UMC+

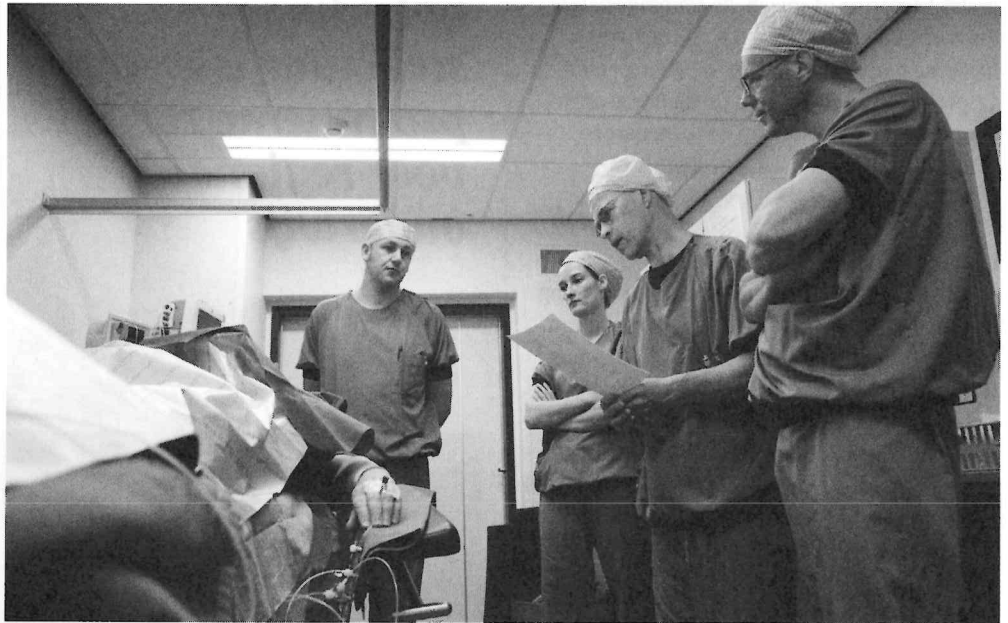
Koen Bos
orthopedisch chirurg, opleider Erasmus MC,
voorzitter Concilium Orthopaedicum

In nog geen eeuw heeft de opleiding orthopedie een sterke verandering doorgemaakt: van vrij passieve praktijkopleiding naar een moderne opleiding waarin de aios veel eigen keuzes kan maken, frequenter wordt beoordeeld en zich kan blijven ontwikkelen.

Er bestond nog geen specialistische opleiding toen de Nederlandse Orthopaedische Vereniging in 1898 werd opgericht. Algemeen artsen bezochten klinieken in binnen- en buitenland of waren een periode assistent. Daarna kon iedere arts zich specia-

list noemen. In feite was het een soort zelfbeperking van de algemene bevoegdheid als arts om de heel-, genees- en verloskunde te kunnen uitoefenen. Pas in 1923 werden de eisen voor de orthopedie opgeschroefd. Twee opleidingsjaren als assistent waren vereist, maar verder bestonden er geen kwaliteitseisen. In 1933 werd het landelijke register van de Specialistische Registratie Commissie ingevoerd en in 1934 werd de verplichte opleidingsduur voor registratie als orthopeed drie jaar. Pas in 1950 steeg de opleidingsperiode naar vijf jaar en kwamen er voor het eerst kwaliteitseisen aan de opleider en de opleidingsinstelling. Daarna was het opleidingsmodel er nog lang een van meester-gezel.

Maar inmiddels zijn de specialistische opleidingen in Nederland van vorm veranderd. Met de invoering van EPA's (*entrustable professional activities*, kenmerkende beroepsactiviteiten) is de structuur van alle medische vervolgoopleidingen vergelijkbaar. Daarbij is er voor de aios een meer herkenbare groei naar zelfstandigheid georganiseerd. Niet langer is uitsluitend de opleider verantwoordelijk voor de opleiding: alle leden van de opleidingsgroepen zijn actief betrokken en medeverantwoordelijk voor de ontwikkeling van de competenties van de aios. Het nieuwe opleidingsplan biedt aiossen orthopedie de mogelijkheid om, naast verplichte onderdelen, al vóór de afronding van de opleiding een keuze te maken in opleidingsonderdelen. Dat heeft geleid tot een geïndividualiseerde opleiding.



Door het individueel opleidingsplan wordt de opleidings-tijd effectief en efficiënt benut

Regionaal georganiseerd

De opleiding is steeds langer geworden. Na een voorzichtige start van twee jaar duurt de orthopedisch opleiding sinds 1956 zes jaar, waarbij de eerste twee jaren als vooropleiding werden gevolgd bij de algemene heelkunde. Feedback op het functioneren kwam meestal bij het jaarlijkse beoordelingsgesprek. Regionale samenwerking kreeg pas vanaf de jaren negentig vorm

doordat opleidingsklinieken aiossen verplicht uitwisselden tussen academische en perifere klinieken. Inmiddels is de opleiding volledig regionaal georganiseerd, met regionale opleidingsplannen, regionale selectie van artsen en regionale visitatie in ontwikkeling.

Het individueel opleidingsplan (IOP) neemt een centrale rol in in de afstemming van activiteiten, met als doel optimaal gebruik te maken van de leermomenten. Daardoor kan de opleidingstijd effectief en efficiënt worden benut. Goed gebruik van het IOP draagt ook bij aan inzet van regionaal aanwezige expertise in de verschillende ziekenhuizen, waarmee aiossen gedurende hun opleiding de competenties kunnen ontwikkelen die nodig zijn om de leerdoelen van de benodigde EPA's te behalen. Concentratie en spreiding van zorg maakt het nodig kennis en vaardigheden op te bouwen in de deelopleidingen. Zo kan bijvoorbeeld in een perifere ziekenhuis het hoge volume van basiszorg zoals de plaatsing van een primaire knieprothese worden

benut voor de opleiding van de aiossen, terwijl complexe behandeling van een infectie of revisie van een gewrichtsprothese met veel botverlies kan worden geleerd tijdens de academische stage. Goede afstemming tussen opleidingspartners, uitgewerkt in het regionale opleidingsplan, is daarvoor noodzakelijk. Een gevolg is dat orthopedisch chirurgen na afronding van de opleiding sinds 2022 een verschillend profiel hebben in specifieke gebieden. Tot nog toe vond deelspecialisatie na de opleiding plaats door praktijkervaring of specifieke training zoals in fellowships. De orthopedisch chirurg van de toekomst is dus al tijdens de opleiding verder gespecialiseerd. Hiermee is de moderne opleiding beter toegesneden op de toegenomen vraag naar deelspecialistische kennis en vaardigheden.

Nieuwe opleidingsstructuur

Centraal in de nieuwe orthopedische opleiding staat de regionale organisatie en planning van het opbouwen van competenties door de aios. Regio's moeten een heel proces doormaken om aan de verwachtingen te beantwoorden. Een voorbeeld daarvan is het proces dat Regionale Opleiding Groep Orthopedie Zuid (ROGO-Zuid) heeft doorlopen. Deze regio bestaat voor de orthopedie uit een academisch ziekenhuis en drie perifere ziekenhuizen.

ROGO-Zuid is gestart met gesprekken tussen opleiders en aiossen uit de verschillende opleidingsklinieken. Het doel van de gesprekken was het ontwikkelen van een gemeenschappelijke taal en het (her)kennen van elkaars sterktes en zwaktes. Vervolgens is gezocht naar de essentie van goed opleiden, waarbij is gebruikgemaakt van de methode van leiderschapsdenker Simon Sinek.¹ De inspiratie voor het bedenken van het onderwijsprogramma werd gehaald uit de visie van onderwijsvernieuwer Ken Robinson, *Changing the paradigm*, met als centrale boodschap dat leren gebeurt in groepen en groei plaatsvindt door samen te werken.² Al deze informatie is samen met de aiossen verwerkt in een regionaal opleidingsprogramma. Alle aiossen doorlopen dat programma. Zij worden regionaal getoetst en werken tijdens de stages samen met de gespecialiseerde orthopedisch chirurgen van de verschillende klinieken. Zo kunnen de aiossen maximaal gebruikmaken van de feedback- en leermomenten in iedere kliniek en hebben de specialisten beter zicht op bekwaamheidsniveaus van alle regionale aiossen. De opleiding wordt daardoor efficiënter en de zorg veiliger.

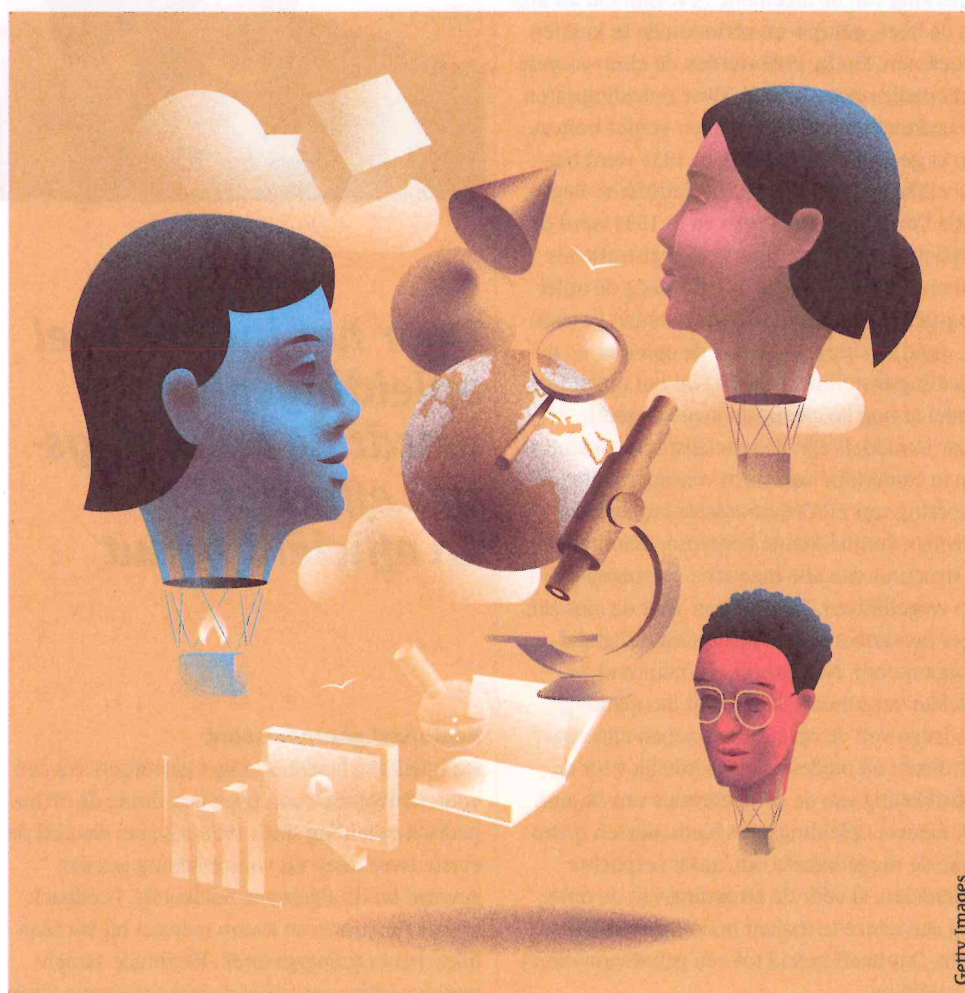
In de nieuwe opleidingsstructuur is er een prominente rol voor het regionale onderwijs. De opbouw loopt van basis naar complex en van klinisch naar maatschappelijk. In het eerste opleidingsjaar orthopedie is er bijvoorbeeld onderwijs over de anamnese, het lichamelijk

onderzoek en de röntgendiagnostiek, in het tweede en derde jaar worden operatieve ingrepen geoefend in het anatomisch laboratorium. Het laatste opleidingsjaar is gericht op maatschappelijke thema's zoals financiering van de zorg en omgang met tuchtrecht. Alle regiopartners dragen bij, waardoor de aanwezige expertise maximaal wordt benut. Het gevolg is dat er minder kennishiaten zijn, het aantal doublures afneemt en *peer group learning* wordt versterkt bovendien is de regionale uitval van aiossen tijdens de opleiding verminderd van 10 procent in 2016 naar 0 procent in 2022.

Deelspecialisatie en fellowships

Ook in de andere regio's weten opleidingen de krachten van aanwezige instituten en (sub)specialisten te bundelen. In alle zeven onderwijs-opleidingsregio's (OOR) vindt opleiding op het

In de nieuwe opleidingsstructuur is er een prominente rol voor regionaal onderwijs



gebied van orthopedie plaats, waarbij inmiddels anderhalf jaar vooropleiding heeledkunde wordt gevolgd door vierenhalf jaar orthopedie. De academische stage (gemiddeld 18 tot 24 maanden) wordt gecombineerd met een stage in een of meer niet-universitaire opleidingsinrichtingen (gemiddeld 24 tot 30 maanden). Individualisering van de opleiding maakt het mogelijk om, gemotiveerd, van deze basisindeling af te wijken. Er is voor aiossen meer zicht op expertise in de eigen regio en aiossen kunnen hun opleidingsschema aanpassen aan individuele leerdoelen.

In de ROGO-Zuidwest Nederland voert bijvoorbeeld elke aios halverwege de orthopedie-opleiding een gesprek met de regionale hoofdopleiders. Het portfolio geeft een realistisch beeld van de behaalde competenties en de talenten van de aios, en de aios heeft voldoende ervaring om een keuze te kunnen maken uit de verschillende deelspecialismen. Een aios kan bijvoorbeeld kiezen om tijdens de opleiding al te differentiëren in traumatologie of handchirurgie. De leerdoelen worden zo opgesteld dat ze kunnen worden behaald, en er is nog voldoende tijd en regionale ruimte om goed voorbereid de opleiding te kunnen afronden. Aiossen kiezen in toenemende mate voor EPA's die hun baankans vergroten of hen voorbereiden op een (buitenlands) fellowship. Ze kiezen bijvoorbeeld de EPA-wervelkolom in het laatste jaar om na het afronden van de opleiding te gaan werken als fellow wervelkolomchirurgie.

Inmiddels wordt al nagedacht of, en hoe, de regionale samenwerking tussen de academische ziekenhuizen en perifere opleidingsklinieken kan worden uitgebreid naar bijvoorbeeld zelfstandige behandelcentra (zbc's) en anderhalvelijnszorg. Er bestaat al een sterke band tussen de opleidingen orthopedie en traumatologie. Uitbreiding van deze samenwerking met stages voor aiossen van beide specialismen of het gezamenlijk aanbieden van onderwijs over de specialismegrenzen heen zou een waardevolle toevoeging zijn. Andere opleidingen om mee samen te werken zijn bijvoorbeeld reumatologie, revalidatiegeneeskunde, plastische chirurgie, neurochirurgie en huisartsgeneeskunde.

Vóór de invoering van het nieuwe opleidingsplan in 2017 werden orthopedisch chirurgen bij afronding van hun opleiding bekwaam verklaard voor het beoefenen van het hele orthopedische vakgebied. In de praktijk blijkt dat met levenslang leren en verdere subspecialisatie in de ziekenhuizen geen realistische situatie meer. Alle orthopedische basiskennis is nu onderge-

bracht in drie verplichte basis-EPA's (poliklinische orthopedische zorg, perioperatieve zorg en orthopedische hulpmiddelen), en de drie landelijke examens moeten worden behaald. Daardoor is de aanwezigheid van orthopedische basiskennis in de ziekenhuizen geborgd. Zoals eerder opgemerkt is er sprake van deelspecialisatie tijdens de opleiding. Na de opleiding kunnen jonge orthopeden kiezen voor verdere deelspecialisatie. Deze subspecialisatie is geprofessionaliseerd met de invoering van NOV-erkende fellowships waarvan er momenteel 43 beschikbaar zijn, bijvoorbeeld in traumatologie, wervelkolomchirurgie en hand/polschirurgie. Met de beperkte huidige banenkans voor 'jonge klare' orthopeden bieden fellowships een tijdelijke baan met een verdieping in kennis en vaardigheden. Deze wijze van verdere ontwikkeling past in de visie van levenslang leren.

In de huidige orthopedie-opleiding staat de aios zelf aan het roer

Structureel scouten

Met de vernieuwing van de medische vervolgoeding veranderde ook de professionele ontwikkeling van aiossen. De opleiding orthopedie was van oudsher een praktijkopleiding, voornamelijk medisch-inhoudelijk gericht. De maatschappij verwacht van de huidige medisch specialisten naast vakkennis ook kennis op het gebied van patiëntveiligheid, onderwijs, leiderschap, doelmatigheid, wetenschap en ouderenzorg. Deze onderwerpen maken nu deel uit van de opleiding orthopedie, in de vorm van de niet-klinische kerncompetenties. Een aios kan bijvoorbeeld een leiderschapstraject ambiëren: cursussen volgen of meelopen met bestuurders van de instelling. Er wordt ook gebruikgemaakt van discipline overstijgend onderwijs (DOO). Toekomstige orthopeden stromen daardoor gemakkelijker door naar taken in een ziekenhuis of maatschap.

Voorheen was de aios orthopedie na zes jaar opleiding klaar en zelfstandig. De huidige opleiding biedt een opleidingscontinuüm, van student tot medisch specialist, volgens het concept 'levenslang leren'. Dat is in de 125 jaar dat de NOV bestaat een spectaculaire verandering. Orthopeden weten met het onderwijs van het bewegingsapparaat in het medische curriculum de aandacht te trekken van studenten en jonge collega's. Door hen actief te betrekken bij projecten op het gebied van zorg, wetenschap en onderwijs ontwikkelen studenten en basisartsen een goed beeld van de orthopedie. Het enthousiasme kan verder worden uitgebouwd tijdens een aniosfunctie of promotieonderzoek, waarmee ze kunnen toewerken naar een opleidingsplaats voor het gewenste specialisme. Niet alleen orthopedie maar ook traumatologie, revalidatiegeneeskunde, radiologie of huisartsgeneeskunde zijn vervolgoeuzes. De indruk bestaat dat het op deze wijze structureel scouten van jonge collega's met interesse in het bewegingsapparaat leidt tot gemotiveerde aiossen en minder uitval in de vervolgoeding.

In 88 jaar is de opleiding orthopedie geëvolueerd van een vrij passieve meester-gezelopleiding met relatief weinig beoordelingsmomenten naar een moderne opleiding waarbij de aios zelf aan het roer staat en frequent wordt beoordeeld op alle relevante competenties. Op deze wijze geeft de NOV invulling aan het levenslang leren door de orthopedisch chirurgen in Nederland. Vergeleken met de opleiding in vroeger jaren is dat een wereld van verschil. ●

contact

h.staal@mumc.nl
p.k.bos@erasmusmc.nl
[cc: redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)



→ De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.



Steeds meer samenwerking met eerste en anderhalve lijn

De beweegzorg is zelf volop in beweging

Mede door kennisvergroting en complexere technologie zit het orthopedisch vak allesbehalve stil. De Nederlandse Orthopaedische Vereniging ijvert voor passende zorg binnen en buiten het ziekenhuis, samenwerken over de lijnen heen, en versterking van de eerste en anderhalve lijn. Daarvan bestaan al inspirerende voorbeelden.



dr. Jan Willem Louwerens
orthopedisch chirurg, voorzitter NOV

prof. dr. Sjoerd Bulstra
orthopedisch chirurg, emeritus hoogleraar orthopedie

dr. Rob Janssen
orthopedisch chirurg, Máxima MC, lector Fontys Paramedische Hogeschool Eindhoven, associate professor TU/e

Wist u dat de spontane loopsnelheid bij ouderen evenveel zegt over de levensverwachting als chronische ziekten, rookgedrag, bloeddruk, BMI en aantal ziekenhuisopnamen tezamen?¹ Iemands loopsnelheid is een krachtige biomarker en wordt gezien als de zes-

de vitale functie. Zelfstandig lopen heeft een centrale rol in de levenskwaliteit van mensen. Goede mobiliteit houdt verband met een lager ziekterisico (cardiovasculair, diabetes, oncologie, dementie), betere stemming, cognitie, coping, meer weerstandsvermogen, veerkracht (cardiopulmonaal, spiermassa, immuniteit) en beter algemeen welbevinden en geluksgevoel. Mensen in beweging houden is dan ook altijd al het doel geweest van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV).

Enorm breed specialisme

In de afgelopen eeuw zijn orthopeden steeds meer gaan opereren. De plaatsing van de totale heupprothese heeft een belangrijke impuls gegeven aan de orthopedische zorg. Deze prothese is een van

de succesvolste chirurgische ingrepen van de afgelopen honderd jaar.² Afgemeten aan de verbetering van de kwaliteit van leven die het een patiënt brengt, is het een unieke operatie.

Inmiddels worden kunstgewrichten ook voor de vervanging van een reeks andere gewrichten gebruikt. Orthopedische chirurgie behelst echter veel meer dan het inbrengen van gewrichtsprotheses. Het specialisme is enorm breed en strekt zich uit van de behandeling van jong (kinderorthopedie) tot oud, en van acute sport- en ongevalsletsels (in samenwerking met de traumachirurgie) tot de behandeling van kanker van het gehele steun- en bewegingsstelsel. Nog steeds gaat het bij een overgroot deel van de orthopedische zorg om niet-operatieve (conservatieve) behandelingen. Het stellen van de juiste diagnose met daarna een correcte indicatiestelling, waarbij zowel de conservatieve als de operatieve opties worden meegewogen, vormt de kern van het vak van de orthopedisch chirurg. De afweging welk type zorg effectief is, kan alleen als duidelijk is

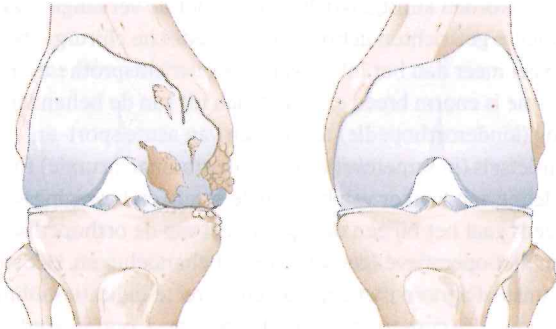
wat de kans is op succes van de behandeling. En wat de kans op complicaties is bij meer ingrijpende technieken zoals een operatie; en hoe behandelbaar die complicaties dan zijn.

Iemands loopsnelheid wordt gezien als de zesde vitale functie

Samenwerkingsverbanden

Dikwijls volstaat een goede uitleg, geruststelling en een (beweeg)advies. Veel klachten van het bewegingsstelsel komen met pieken en dalen, en is soms is het wegnemen van angst door

goede voorlichting voldoende. Orthopeden hebben daarom een goede samenwerking met partners in de zorg. Die samenwerking wil de NOV de komende tijd verder versterken. De 'transitie van zorg', waarbij een nog betere samenwerking is tussen bewegezorgpartners



in de eerste en tweede lijn en waarbij alle partners hun kennis delen, maakt het mogelijk de patiënt op de juiste plaats te behandelen.

Het gaat daarbij vooral om de samenwerking met huisartsen, andere medisch specialisten, fysiotherapeuten en paramedici, met als doel de bewegzorg rondom de patiënt in de eerste of anderhalve lijn te versterken. De huisarts heeft uiteraard het voortouw en de orthopedisch chirurg (of andere specialist op het gebied van beweging, zoals de sportarts, reumatoloog of revalidatiearts) triert desgevraagd – in netwerkverband – de klachten aan het bewegingsapparaat. Mensen met klachten die geen verdere doorverwijzing of operatie vereisen, kunnen goed in de eerste lijn begeleiding krijgen door een gespecialiseerde huisarts, physician assistant (PA) of oefen-therapeut. Het Beweeghuis in Maastricht is een model hiervoor en wordt in het Integraal Zorgakkoord (IZA) ook genoemd als goed voorbeeld.³ Een samenwerkingsverband met fysiotherapeuten bestaat in de Noordwest Ziekenhuisgroep in Alkmaar en met sport-

geneeskunde in de regio Zwolle (Isala). In het kader staat een voorbeeld van zo'n samenwerking in de regio Zuidoost-Brabant, namelijk van de orthopedisch chirurgen van Eindhoven en Veldhoven met tweehonderd huisartsen en vijftien deelnemende fysiotherapie praktijken.

Veel elementen uit het afgelopen zomer ondertekende IZA sluiten volledig aan op het herschreven beroepsprofiel NOV, dat voor een belangrijk deel is gekoppeld is aan de toekomstvisie 'Medisch

specialist anno 2025' van de Federatie Medisch Specialist (FMS). Er bestaat ook een grote overlap tussen datgene wat volgens de afspraken in het IZA wordt nagestreefd er de inhoud van het strategisch beleidsplan van de NOV. Wat dat betreft, ligt de koers van Nederlandse orthopeden vas

Klachten die geen verdere doorverwijzing of operatie vereisen, kunnen goed in de eerste lijn begeleid worden

zorg aan elkaar gekoppeld, en transparantie staat daarbij hoog in het vaandel. Registratie van uitkomsten en complicaties van behar delingen is belangrijk: het biedt de mogelijkheid om de kwaliteit

Belang van registratie

Voor de NOV zijn zorgevalua tie en het bieden van passen

van het medisch handelen en van gebruikte gewrichtsimplantaten (ook op de langere termijn) te objectiveren en te meten. In 2007 richtte de NOV daarom de Landelijke Registratie Orthopedische Interventies (LROI) op, die onlangs de miljoenste prothese registreerde (meer over de LROI in het artikel op pagina 16). Mede op basis van data van de LROI worden de kwaliteit en veiligheid van zorg verder verbeterd en richtlijnen aangepast. Zo worden tegenwoordig meniscusoperaties bij patiënten boven de 50 jaar afgeraden. Dat alles levert ook nog eens financiële winst op voor de gezondheidszorg.

De juiste zorg op de juiste plek

Het orthopedisch vak ontwikkelt zich door toename van kennis, maar ook dankzij het gebruik van complexere technologie. Mede daardoor is in de orthopedische chirurgie al decennialang sprake van subspecialisatie. Dat maakt dat patiënten steeds meer worden behandeld waar en door wie iets het beste kan, zowel binnen als buiten ziekenhuizen. De juiste zorg op de juiste plek en het concentreren van complexe laagvolume zorg is in de orthopedie al jarenlang praktijk. Op dezelfde wijze is er een toenemende verschuiving van electieve hoogvolume zorg naar specifieke ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (zbc's).

Er bestaan goede samenwerkingsverbanden met de medisch specialisten van andere disciplines, onder wie reumatologen en neurologen, chirurgen, anesthesiologen, sportartsen en revalidatieartsen, geriateren en kinderartsen. Orthopedisch chirurgen zijn intensief betrokken bij multidisciplinaire teams die zich richten op het verbeteren van de zorg aan specifieke patiëntengroepen. Denk daarbij aan patiënten met infecties, traumatologische problemen, oncologische afwijkingen, wervelkolomproblematiek, sportletsel, chronische pijn en neuromusculaire aandoeningen, en aan geriatrische patiënten en kinderen met orthopedische problematiek. Dat alles illustreert hoe de NOV de rol van de orthopedisch chirurg nu en in de toekomst ziet bij de zorg voor mensen met klachten van het steun- en bewegingsstelsel. Gezien de problemen die op ons afkomen, zoals de vergrijzing van de bevolking en het personeelstekort in de zorg, zal die rol in toenemende mate komen te liggen in de anderhalve lijn. Daardoor hoeven patiënten minder naar het ziekenhuis te komen en blijft er ruimte om aan degenen die dat wel nodig hebben, passende zorg in het ziekenhuis te bieden. Samen met medisch-specialistische partners wil de NOV ook een rol spelen op het gebied van gezonde leefstijl, preventie en duurzaamheid. Het mag duidelijk zijn: niet alleen houdt de orthopedie Nederland in beweging, zelf is ze ook volop in beweging. ●

GLA:D biedt passende artrosezorg over de lijnen heen

Een voorbeeld van de initiërende rol van orthopedie voor passende zorg over de lijnen heen is de behandeling van heup- en knieartrose in de regio Zuidoost-Brabant. Wetenschappelijke (inter)nationale richtlijnen raden aan om patiënten met heup- en knieartrose een stapsgewijs behandelmodel aan te bieden. Oefentherapie door fysiotherapeuten en oefentherapeuten is onderdeel van de eerste stappen, evenals educatie over de aandoening, behandelopties en zelfmanagementvaardigheden. Ondanks deze richtlijnen en het bewijs voor de effectiviteit van conservatieve behandelopties wordt er nog onvoldoende van gebruikgemaakt. Een Nederlands onderzoek liet zien dat 58 procent van de patiënten een behandeling kreeg die niet paste in dit stapsgewijze behandelmodel. Daarnaast blijkt uit Deens onderzoek dat een op de twee patiënten zich wel bewust is van de toegevoegde waarde van oefentherapie, maar dat slechts een op de drie daadwerkelijk de stap naar de fysiotherapeut zet alvorens verwezen te worden naar een orthopedisch chirurg.

Om de invoering van richtlijnen van artrose te optimaliseren is in Denemarken een behandelmethode ontwikkeld genaamd GLA:D, voluit Good Life with osteoArthritis Denmark. Het is een gestandaardiseerd maar geïndividualiseerd programma voor de conservatieve behandeling van patiënten met heup- en knieartrose. Wat GLA:D interessant maakt, is dat het inspeelt op eerdergenoemde barrières zoals het gebrek aan ondersteuning en educatie. De wetenschappelijke resultaten waren aanleiding voor orthopedisch chirurgen uit de regio Eindhoven en Veldhoven om, in samenwerking met tweehonderd huisartsen en vijftien fysiotherapiepraktijken, GLA:D naar Nederland te halen en in te voeren in de regio Eindhoven. Het programma is onderdeel van 'Zinnige zorg' van Máxima MC in samenwerking met verzekeraar VGZ.

Positieve resultaten

GLA:D is inmiddels ingevoerd in Denemarken, Canada, Australië, Nederland, Duitsland, Oostenrijk, Zwitserland, Ierland, China en Nieuw-Zeeland. In elk land is GLA:D verbonden aan één universiteit of hogeschool als wetenschappelijk kenniscentrum. In Nederland is dat de Fontys Paramedische Hogeschool Eindhoven, onder leiding van orthopedisch chirurg Rob Janssen. Wetenschappelijk onderzoek wordt verricht om zowel relevante uitkomsten voor de patiënt als kosten te meten in de volledige zorgcyclus. Meetbaarheid en transparantie sluiten naadloos aan bij het strategisch beleidsplan van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging.

Alle patiënten worden, sinds de implementatie in 2020, bijgehouden in een database (n=1755, februari 2023). Alle onderzoekscentra in de deelnemende landen werken samen in GLA:D International Network. Recentelijk zijn de resultaten vóór en na behandeling van meer dan 28 duizend deelnemende patiënten gepubliceerd. Ze laten zien dat het programma een significante, positieve invloed heeft op de ervaren pijn, het medicijngebruik, de loopsnelheid en de kwaliteit van leven van patiënten met heup- en knieartrose. De resultaten worden zowel gezien na drie als na twaalf maanden deelname, en lijken onafhankelijk te zijn van het activiteitsniveau bij aanvang van het oefenprogramma.



→ De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

DE DRUK OP DE BEWEEGZORG NEEMT TOE

SAMEN HOUDEN WE DE BEWEEGZORG IN BEWEGING



Probleemloos bewegen. Dat is onze inzet. Want bewegen houdt mensen vitaal, gelukkig en productief. En als bewegen niet probleemloos gaat, dan helpen we de patiënt vooruit. Maar nu moeten we als orthopedisch chirurgen ook zelf in beweging komen, samen met ons netwerk van beweegprofessionals. Om te voorkomen dat de beweegzorg door de groeiende vraag in de toekomst vastloopt én om de kwaliteit ervan te verhogen. Want alleen als we allemaal vanuit onze eigen expertise bijdragen, kunnen we de toekomst van de beweegzorg vooruithelpen.

www.orthopeden.org



NEDERLANDSE
ORTHOPAEDISCHE
VERENIGING | NOV

