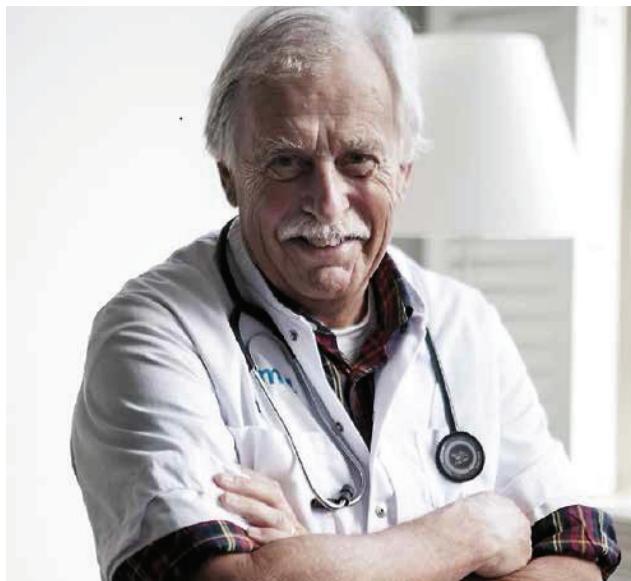


NERASS viert 25 jaar multidisciplinaire reumabehandeling

De Netherlands Rheumatoid Arthritis Surgical Society (NERASS) bestaat 25 jaar en dat werd in november gevierd. Hoe stond de behandeling van reumatoïde artritis er in de jaren 80 van de vorige eeuw voor, hoe ver was men met reumachirurgie en wat is er de afgelopen kwart eeuw veranderd? Een terugblik met de reumatologen dr. R.M. (Renée) van Soesbergen en P.J.I. (Paul) van 't Pad Bosch en orthopedisch chirurg drs. K.M. (Kirsten) Veenstra.

Veel reuma, weinig reumatoloog, dat was kort gezegd de situatie van de reumabehandeling in Nederland begin jaren 80. Medicijnen werkten traag, er was veel invaliditeit en ziekenhuizen hadden veel bedden voor klinische opvang. Reumachirurgie stond nog in de kinderschoenen. Reumatoloog Renée van Soesbergen herinnert zich zelfs de tijd dat het in het Slotervaart ziekenhuis orthopeden verboden was aan reumagewrichten te opereren. "Dat werd stiekem gedaan. De chirurg in kwestie was ervan overtuigd dat die operaties nuttig waren. Wij als Slotervaart-reumatologen waren ook voor opereren omdat we veel ernstige patiënten zagen. Later kwam er een directie die geen probleem met reumachirurgie had. Er was een enorme wachtlijst. Het was ook een leerproces. We hadden in die tijd veel patiënten die van buiten Amsterdam kwamen. Als zo'n patiënt bijvoorbeeld uit

in de Maartenskliniek begon, ging het daar net een beetje goed draaien. In de periode daarvoor ging het vooral om ouderwetse reumatologische verzorgingskunde. Maar er was geen sprake van up-to-date reumatologische behandeling zoals die in de academische ziekenhuizen in ontwikkeling was. De Maartenskliniek had een directeur die wel naar die vorm van moderne zorg toe wilde. Samen met de orthopeden waren we als reumatologen van plan om een soort grote schoonmaak te houden en de zaak in te richten. In de 10 jaar die volgden hebben we het achterstallig werk ook daadwerkelijk opgeruimd." Orthopedisch chirurg Kirsten Veenstra was 21 jaar geleden assistent in het Slotervaart ziekenhuis en herinnert zich de operaties met orthopedisch chirurg Karel Hamelynck. "Hij opereerde zeer jonge reumapatiënten met veel schade. Bij een deel van die groep werd een operatie heel lang



P.J.I. van 't Pad Bosch, reumatoloog, Medisch Centrum Leeuwarden

"In het buitenland was reumachirurgie al veel verder, met name in de Scandinavische landen was Finland een voortrekker, daar gingen orthopeden heen om het vak te leren"

Hilversum kwam, vroeg hij of de operatie niet daar gedaan kon worden. Ik zei dan dat hij dat niet moest doen, omdat de orthopeden in Amsterdam meer kennis hadden van reuma, wisten hoe ze een prothese moesten plaatsen en hoe de revalidatie moest plaatsvinden. Andere orthopeden waren dit soort patiënten niet gewend. Ook belangrijk was dat we een directe connectie hadden met het Jan van Bremen Instituut, daar werkten we toen al veel mee samen. Dat ging heel goed." In Nijmegen ging het volgens reumatoloog Paul Van 't Pad Bosch anders: "Toen ik in 1978

uitgesteld, dat werd echt als laatste redmiddel gezien. Die mensen kwamen vaak in een rolstoel binnen, hadden al jaren amper kunnen lopen, hadden vergroeiingen. Wij mochten daar als chirurg dan een prothese inzetten met de verwachting dat die mensen weer springend uit de rolstoel kwamen. Dat viel vaak tegen, we liepen altijd achter de feiten aan."

Tijdgeest

Tussen 1980 en 1990 ontstaat er met de nieuwe instroom van jonge medisch specialisten een roep om verandering. De patiënt

moet centraal komen te staan en eigen inbreng krijgen in zijn behandeling. Er ontstaan patiëntenverenigingen, er komt betere voorlichting over reuma en ziekenhuizen gaan efficiënter werken. Wat nog mist is een platform om samenspraak en samenwerking te bevorderen. Van 't Pad Bosch: "Het was de geest van de tijd. Wij vonden dat er iets moest verbeteren in de reumachirurgie, het kon zo niet verder. En we wisten ook dat we wat in handen hadden om te kunnen werken. Er was niet alleen een nieuwe organisatievorm nodig, maar ook meer snelheid van handelen. We wilden het begrip voor elkaars vak versterken. In het buitenland was reumachirurgie al veel verder, met name in de Scandinavische landen was Finland een voortrekker, daar gingen orthopeden heen om het vak te leren. We werden beïnvloed door die goede reumachirurgen die tijdens congressen lieten zien hoever ze al in hun vak gevorderd waren." In 1988 en 1990 werden er in het Slotervaart ziekenhuis kleinschalige reumachirurgiecongressen georganiseerd door betrokken medici. Een neurochirurg verzorgde de wijn, een reumatoloog zorgde voor 'Kip den Dungen' (een afstammeling van het Franse 'Poulet des Bresse') en de kok van het Slotervaart stond in de keuken. Op 7 juni 1991 was de Netherlands Rheumatoid Arthritis Surgical Society (NERASS) een feit. 24 aspirant-leden, waaronder orthopeden, reumatologen, plastisch chirurgen, revalidatieartsen en een neurochirurg waren bij de oprichtingsvergadering aanwezig. Doelstelling: het bevorderen van de interdisciplinaire professionele discussie met betrekking tot de chirurgische behandeling van reumatoïde artritis.

Eerder opereren

Op de vraag van NERASS in die doelstelling is geslaagd, antwoordt Van 't Pad Bosch met een volmondig ja. "Na 2005 kwamen er nieuwe medicijnen op de markt waardoor de situatie veranderde. Maar tussen pakweg 1990 en 2005 was het voor reumatologen en orthopeden zaak dat patiënten op de been bleven

en zelfredzaam waren. En dat gebeurde voor 40 tot 50% met chirurgie. De rest was medicatie." Van Soesbergen: "Het probleem was dat we niet zo veel medicatie hadden. Je zag vroeger de attitude dat men een patiënt een zwaarder middel gaf als het niet goed ging. Je opereerde een gewricht pas als het werkelijk kapot was. Nu wordt er in een eerder stadium geopereerd. De gedachte is nu dat je de behandeling veel meer naar voren moet schuiven, meteen in het begin moet aanpakken". Van 't Pad Bosch: "We hadden gecombineerde poliklinieken. We spraken een keer per week met de orthopeden over patiënten wier ziekte we met medicijnen en fysiotherapie alleen niet onder de duim kregen. Uit die wekelijkse besprekingen kwamen operatieplannen per patiënt. En soms zeiden de chirurgen dat ze een bepaalde operatie nog niet wilden doen, omdat ze vonden dat eerst de reuma beter aangepakt moest worden." Van Soesbergen: "Het goede van de reumachirurgen is dat ze snappen dat er soms iets op reumatologische gronden uitgesteld moet worden."

Protocollen

Ook Veenstra denkt dat veel van de doelstelling van NERASS is bereikt. "Revalidatieartsen hebben orthopeden geleerd meer naar het totale systeem te kijken en niet alleen naar een voet of een knie. En naar de patiënt en zijn omgeving; wat betekent het voor het werk, voor een jong gezin als de moeder reuma heeft? Zij hebben ons geleerd breder te kijken. Dat multidisciplinaire is de enorme winst van de NERASS. Er zijn wat mij betreft twee slagen gemaakt. Ten eerste dat je een aantal dingen voor moet zijn, dus niet wachten tot iemand al jaren niet heeft gelopen en vergroeid is. Stem beter af, verbeter de timing. Daarvoor moet je samen met de reumatoloog de patiënten zien. Ik heb altijd gemeenschappelijk spreekuur met de reumatoloog. Zorg dat de ellende niet te groot is voordat de chirurg iets mag doen. Het tweede belangrijke punt is, dat er door nieuwe medicijnen minder



Dr. R.M. van Soesbergen, reumatoloog

