



KENNIS

AGENDA

NVPC

NEDERLANDSE

VERENIGING VOOR

PLASTISCHE CHIRURGIE





KENNIS AGENDA NVPC

NEDERLANDSE

VERENIGING VOOR

PLASTISCHE CHIRURGIE

INITIATIEF

Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC)

MET ONDERSTEUNING VAN

Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

FINANCIERING

Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten

Samenstelling van de projectgroep

- Dr. E. Bijlard, aios plastische chirurgie Erasmus MC Rotterdam
- Dr. D.A. Young-Afat, aios plastische chirurgie Amsterdam UMC, locatie VUMC
- Dr. J.E. Hommes, aios plastische chirurgie Maastricht UMC+
- Dr. T.G. Guitton, aios plastische chirurgie UMC Groningen
- Prof. dr. R.R.J.W. van der Hulst, plastisch chirurg Maastricht UMC+
- Drs. P.L.T. Liem, directeur Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie
- Dr. H. Rakhorst, plastisch chirurg Medisch Spectrum Twente Enschede, ZGT Almelo

Met ondersteuning van:

- Dr. L. Lansaat, adviseur Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

INHOUD

| | |
|---|-----------|
| Samenvatting | 6 |
| 1. Inleiding | 9 |
| 2. Methode | 13 |
| 2.1. Inventarisatie kennishiaten | 13 |
| 2.1.1. Identificatie kennishiaten in richtlijnen | 13 |
| 2.1.2. Identificatie van kennishiaten door leden van de NVPC | 13 |
| 2.1.3. Identificatie van kennishiaten door patiëntenverenigingen en overige belanghebbenden | 14 |
| 2.1.4. Totaal geïdentificeerde kennishiaten | 14 |
| 2.2. Prioritering en opstellen kennisagenda | 15 |
| 2.2.1. Prioriteringsbijeenkomst | 15 |
| 2.2.2. Methodiek opstellen definitieve kennisagenda | 16 |
| 3. Resultaten | 19 |
| 3.1. Top 10 onderzoeksvragen | 19 |
| 3.1.1. PROMS | 20 |
| 3.1.2. Toelichting bij top 10 onderzoeksvragen | 22 |
| 3.1.3. Aansluiten bij richtlijnen | 43 |
| 3.2. Inzicht in wetenschappelijke activiteiten | 44 |
| 4. Implementatie | 49 |
| 4.1. Organisatie en financiering | 49 |
| 4.2. Netwerken | 51 |
| BIJLAGEN | 54 |
| Bijlage 1 Richtlijnen | 55 |
| Bijlage 2 Patiëntenorganisaties en overige belanghebbenden | 56 |
| Bijlage 3 Brief Patiëntenfederatie | 57 |

Samenvatting

Plastische chirurgie gaat over kennis van fijne anatomie om grote problemen op te lossen. Vanuit dit beginsel hebben we de kerngebieden handchirurgie, reconstructieve chirurgie en esthetische behandelingen. Veelal volgen behandelingen na een intensief traject van shared decision making waarbij patiënten over behandelingen en alternatieven worden geïnformeerd, met evidence based medicine als hoofdprincipe. We weten dat veel dagelijkse keuzes lastig te maken zijn om allerlei redenen. Een belangrijke reden is gebrek aan evidence voor of tegen een oplossing. Hierdoor zijn er vaak vele mogelijkheden en bestaat er grote praktijkvariatie.

Het opstellen van een kennisagenda, waarin ontbrekende kennis in de plastische chirurgie wordt beschreven in de vorm van zogenoemde kennishiaten, is een eerste stap in het proces van zorgevaluatie die moet leiden tot meer effectieve, doelmatige en veilige patiëntenzorg. Variatie wordt gereduceerd, kwaliteit verbeterd en uiteindelijk kosten bespaard.

In 2018 is het project 'Kennisagenda Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC)' gestart om te inventariseren welke kennis binnen het vakgebied van de plastische chirurgie momenteel nodig is om te komen tot verdere verbetering van zorg voor patiënten die plastisch chirurgische zorg behoeven. In deze Kennisagenda beschrijft de NVPC de tien meest urgente zorgevaluatievragen die de komende jaren (2019-2024) onderzocht kunnen worden.

Om tot de deze top 10 van kennishiaten te komen is met zorg een aantal stappen genomen, om zo een breed gedragen en objectief resultaat te bewerkstelligen.

Allereerst is een richtlijnenanalyse uitgevoerd en zijn er enquêtes verspreid onder

de leden van de NVPC en overige belanghebbenden, zoals patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars. Uit deze analyse kwamen maar liefst 454 kennishiaten naar voren. Deze zijn onderverdeeld naar deelgebied (kinderplastische chirurgie, esthetische/reconstructieve chirurgie, reconstructieve chirurgie, handchirurgie en algemene plastische chirurgie) en door de werkgroep gereduceerd tot een lijst van 183 kennishiaten, waarbij onder andere de dubbele kennishiaten eruit zijn gehaald, evenals de kennishiaten die niet over specialistische plastisch chirurgische zorg gaan en de kennishiaten die moeilijk te onderzoeken zijn. Vervolgens zijn deze kennishiaten tijdens twee bijeenkomsten met in totaal 32 aanwezigen geprioriteerd op basis van aansluiting bij patiënteninbreng, onderzoekbaarheid, relevantie, impact op het vakgebied en maatschappij en implementeerbaarheid. Eenieder heeft drie stemmen uitgebracht op de voor hen belangrijkste hiaten. Tijdens de halfjaarlijkse nationale plastische chirurgische wetenschappelijke vergadering eind 2018, hebben nog meer plastisch chirurgen de kans gekregen om hun stem uit te brengen.

De uiteindelijke top 10 is te vinden in dit rapport. We hopen dat de implementatie van deze kennisagenda zal leiden tot meer onderzoek en betere ondersteuning van ons onderzoek door succesvollere subsidieaanvragen. Ook denken wij dat dit rapport zal leiden tot nog meer samenwerking tussen de verschillende centra van ons zeer goede netwerk binnen de plastische chirurgie en specialisten waarmee we intensief samenwerken.



1. Inleiding

In 2018 is het project 'Kennisagenda NVPC' gestart om te inventariseren welke kennishiaten op het gebied van plastische chirurgie geaddresserd kunnen worden om meer effectieve, doelmatige en veilige zorg te bewerkstelligen door de wetenschappelijke basis van de plastisch chirurgische zorg te versterken middels onderzoek.

Door middel van zorgevaluatie kan de vraag beantwoord worden welke zorg op het gebied van plastische chirurgie momenteel het meest effectief, doelmatig en veilig is. Daarnaast kan men hiaten identificeren waar door middel van onderzoek duidelijke winst te behalen is om de genoemde doelen te bereiken.

Dit proces moet in de eerste plaats leiden tot gezondheidswinst voor de patiënt, maar uitkomsten kunnen ook zorgen voor (betere) onderbouwing van richtlijnen en een meer doelmatige besteding van budgetten in de zorg. De zogenoemde kennishiaten die beschreven worden in een kennisagenda kunnen aanwezig zijn in onder andere de dagelijkse zorg voor patiënten (klinisch, poliklinisch, transmuuraal en ziekenhuisverplaatste zorg), in de samenwerking met andere zorgverleners (zorgpaden) en in innovatieve vraagstukken.

Zorgevaluatie is klinisch evaluatieonderzoek naar de (kosten)effectiviteit van bestaande zorg en is gericht op een juiste plaatsbepaling van interventies (indicatiestelling voor behandeling of diagnostiek). Zorgevaluatie is meer dan alleen het uitvoeren van een vergelijkend onderzoek, het betreft een proces met een aantal belangrijke onderdelen (inventariseren en prioriteren kennishiaten, programmeren en uitwerken studies, uitvoeren studies en implementeren resultaten).

De Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie is de wetenschappelijke vereniging van plastisch chirurgen en toegevoegde artsen. De vereniging zet zich in voor optimale plastisch chirurgische zorg voor de patiënt.

Voor plastisch chirurgen is het cruciaal om voortdurend te streven naar verbetering van de kwaliteit en innovatie van de zorg voor de patiënt. Hiervoor

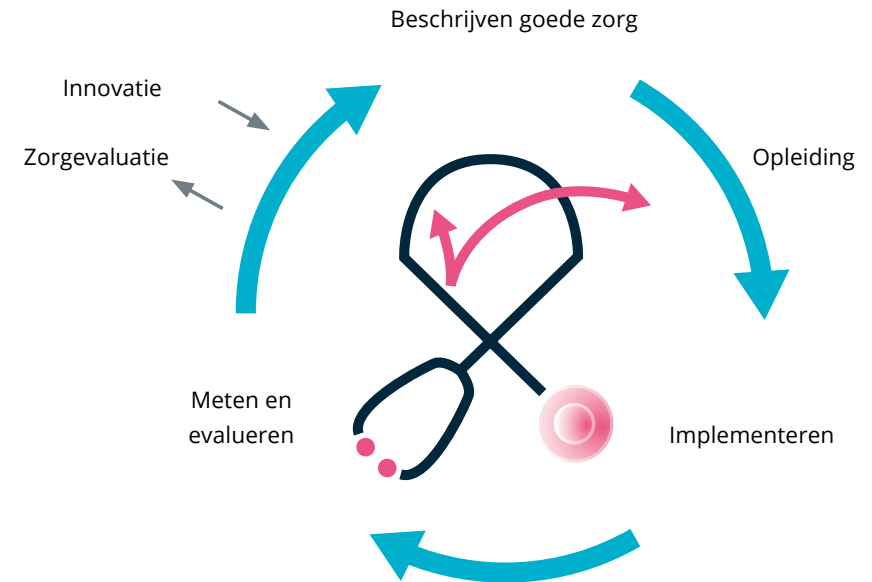
worden instrumenten ingezet, zoals verplichte nascholing voor alle praktiserende artsen, landelijke uitkomstenregistraties, opstellen en updaten van richtlijnen, kwaliteitsvisitaties en intercollegiale beoordeling en het bevorderen van patiëntenparticipatie.

Het ideaal van zorgverbetering is een integraal kwaliteitsbeleid, waarbij de verschillende instrumenten in samenhang ontwikkeld, toegepast, geëvalueerd en verbeterd worden. Het integraal kwaliteitsbeleid kan grafisch worden weergegeven in de zogenoemde 'kwaliteitscirkel' (figuur 1, Federatie Medisch Specialisten, 2016). Deze kwaliteitscirkel geeft een aantal stappen of stadia weer:

1. het beschrijven van goede zorg in richtlijnen voor het medisch handelen en deze op regelmatige basis bijstellen aan de hand van nieuwe inzichten en studies;
2. het implementeren van deze richtlijnen door aanpassingen en vernieuwingen door te voeren in de dagelijkse zorg;
3. het evalueren van de implementatie. Met andere woorden: het meten of de aanpassingen en vernieuwingen ook daadwerkelijk worden uitgevoerd in de praktijk en of hierdoor de kwaliteit van zorg verbetert of dat er nog aanpassingen nodig zijn.

Op basis van deze evaluatie kan de implementatie verbeterd worden en/of geconstateerd worden dat er kennishiaten zijn en dat er nieuwe kennis nodig is om richtlijnen aan te passen. Hierna komt men weer terug bij de eerste stap van de cirkel. Naast zorgevaluatie is ook innovatie onderdeel van de primaire zorgverlening en zijn beide noodzakelijk voor continue verbetering van kwaliteit van zorg.

Het doel is te komen tot een kennisagenda met identificatie van een tiental meest voorkomende, door professionals en patiënten als belangrijkste bestempelde kennislacunes van ons vak. De beschrijving van deze kennishiaten en het plan van aanpak hoe deze met wetenschappelijk onderzoek in te vullen geeft richting aan de toekomst van zorgverbetering van plastische chirurgie in Nederland. De NVPC wil hiermee een impuls geven aan het versterken van zorg die berust op wetenschappelijk bewijs.



Figuur 1: Kwaliteitscirkel (Federatie Medisch Specialisten, 2016).

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de methode die is toegepast. De resultaten van het project worden beschreven in hoofdstuk 3 en hoofdstuk 4 gaat in op de stappen die nodig zijn voor de implementatie en praktische realisatie van de kennisagenda.

2

METHODE

2. Methode

De kennisagenda bestaat uit drie delen:

1. inventariseren van de kennishiaten op het gebied van plastische chirurgie;
2. opstellen van een lijst met geprioriteerde kennishiaten die de komende jaren de kennisagenda van de NVPC zullen bepalen;
3. inzicht in wetenschappelijke activiteiten binnen het plastisch chirurgische werkveld.

2.1. Inventarisatie kennishiaten

De inventarisatie van kennishiaten en de wetenschappelijke onderbouwing van de plastisch chirurgische zorg heeft plaatsgevonden middels het uitlichten van de kennislacunes met lage bewijskracht uit de richtlijnen, alsmede door het verspreiden van een enquête onder NVPC-leden, patiëntenverenigingen en overige belanghebbenden. Deze inventarisatie vond halverwege 2018 plaats.

2.1.1. Identificatie kennishiaten in richtlijnen

Door de werkgroep relevant bevonden (modules uit) richtlijnen die sinds 2012 zijn uitgekomen, zijn meegenomen in de inventarisatie op kennishiaten (bijlage 1). Voorwaarde was dat de conclusies waren gegradeerd en het niveau van de bewijskracht duidelijk was. Uit de richtlijnen werden de conclusies met een laag niveau van bewijskracht (niveau 3 en 4 of 'laag' en 'zeer laag') en aanbevelingen voor verder onderzoek geïnventariseerd. In veel richtlijnen werd, soms in een apart hoofdstuk, ingegaan op bestaande kennishiaten en ook deze zijn meegenomen in het proces. Er werden vanuit de richtlijnen 224 mogelijke kennishiaten meegenomen.

2.1.2. Identificatie van kennishiaten door leden van de NVPC

Alle NVPC-leden zijn door middel van een online enquête gevraagd kennishiaten te benoemen met betrekking tot de uitoefening van het vak in de dagelijkse praktijk, en die van invloed zijn op een substantieel deel van de plastisch chirurgische zorg. Het verzoek was om de kennishiaten in de vorm van een onderzoeksvraag te formuleren en hierbij een korte motivatie te geven. Dit heeft geresulteerd in een lijst met 213 kennishiaten.

2.1.3. Identificatie van kennishiaten door patiëntenverenigingen en overige belanghebbenden

De patiëntenverenigingen (bijlage 2) kregen via e-mail een vragenlijst toegestuurd met ook aan hen het verzoek om kennishiaten te formuleren. Zij werden verzocht om de voor de patiënt belangrijke thema's aan te dragen. Vijf van de veertien aangeschreven organisaties hebben gereageerd en in totaal zijn er dertien kennishiaten en drie thema's genoemd.

De overige belanghebbenden (stakeholders), waaronder het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) (bijlage 2) kregen via e-mail een vragenlijst toegestuurd met ook aan hen het verzoek om kennishiaten te formuleren. Zij werden eveneens verzocht om deze in de vorm van een onderzoeksvraag te formuleren, met een korte toelichting. In totaal hebben twee van de negen aangeschreven organisaties gereageerd en zijn er vier kennishiaten genoemd.

2.1.4. Totaal geïdentificeerde kennishiaten

In totaal zijn er 454 kennishiaten ingebracht. Na selectie van zorgevaluatievragen die echt specifiek van toepassing zijn voor de plastische chirurgie, het samenvoegen van overlappende hiaten en het elimineren van hiaten die niet te herformuleren zijn tot een onderzoeksvraag, is dit aantal teruggebracht tot 258 hiaten. Deze hiaten zijn onderverdeeld in de volgende deelgebieden:

- kinderplastische chirurgie;
- esthetische/reconstructieve chirurgie;
- reconstructieve chirurgie;
- handchirurgie;
- algemene plastische chirurgie.

Deze lijst is door de werkgroep gereduceerd tot 183 kennishiaten. De volgende kennishiaten werden uit de lijst verwijderd of samengevoegd:

- kennishiaten die vaker dan één keer zijn ingebracht;
- kennishiaten met weinig raakvlak met de 'dagelijkse praktijk';
- kennishiaten die min of meer dezelfde inhoud hebben;
- kennishiaten die al in onderzoek zijn;
- kennishiaten waarbij de kennis al wel aanwezig is en waarvoor een aanbeveling wordt gedaan in een richtlijn, maar die (nog) niet zijn geïmplementeerd;
- kennishiaten waar al kennis voorhanden is, maar waar nog geen standpunt over opgenomen is in een richtlijn;

- kennishiaten die niet over plastisch chirurgische zorg gaan;
- kennishiaten die zeer moeilijk te onderzoeken zijn of waar geen onderzoekbare onderzoeksvraag bij kan worden geformuleerd.

De thema's die zijn ingebracht door de patiëntenverenigingen zijn gekoppeld aan de totaalijst met ingebrachte kennishiaten:

- aandacht voor psychosociale zorg;
- langetermijnresultaten/ -gevolgen;
- kwaliteit van leven.

2.2. Prioritering en opstellen kennisagenda

2.2.1. Prioriteringsbijeenkomst

Op 28 en 30 augustus 2018 zijn twee prioriteringsbijeenkomsten georganiseerd om de kennishiaten (beschreven in paragraaf 2.1) te bespreken en te prioriteren. Op 28 augustus 2018 zijn de deelgebieden handchirurgie, kinderplastische chirurgie en algemene plastische chirurgie besproken en op 30 augustus 2018 waren de deelgebieden reconstructieve chirurgie en esthetische/reconstructieve chirurgie onderwerp van discussie. Deze bijeenkomsten zijn bijgewoond door 32 personen waarvan 16 plastisch chirurgen, 6 vertegenwoordigers van de overige organisaties (stakeholders); Partnerschap Overgewicht Nederland, Zorginstituut Nederland, Dutch Society for Metabolic and Bariatric Surgery, de Nederlandse Stichting Overgewicht en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en tot slot negen patiëntenvertegenwoordigers van de Stichting Duypuytren, Brandwondenstichting, Borstkankervereniging Nederland, Vereniging van Mensen met Brandwonden, Huidpatiënten Nederland en Patiëntenfederatie Nederland (Bijlage 3).

De kennishiaten werden per deelgebied besproken in subgroepen van aanwezigen. Dit gebeurde in twee rondes. In de eerste ronde werd de discussie gevoerd in subgroepen met de betreffende experts. Aan het einde van de eerste ronde waren alle kennishiaten per deelgebied gescoord van prioriteit 'hoog' naar prioriteit 'laag'. Vervolgens werden in de tweede ronde door de experts over de hiaten met de hoogste prioritering gediscussieerd. Zo nodig werden vragen samengenomen en/of de formulering aangepast/aangescherpt. Het resultaat was een top 10 per deelgebied, waarbij op basis van het aantal hiaten kinderplastische chirurgie en algemene plastische chirurgie zijn samengevoegd.

De prioritering vond in beide rondes plaats op basis van de volgende criteria:

- relevantie: omvang en ernst van het probleem;
- effect op gezondheid en kosteneffectiviteit;
- urgentie;
- onderzoekbaarheid en haalbaarheid;
- impact op het vakgebied en maatschappij;
- aansluiting bij patiënteninbreng.

Het eindresultaat na de prioriteringsbijeenkomst was een lijst met een veertigtal kennishiaten als meest belangrijk aangemerkt door plastisch chirurgen, patiëntenverenigingen en stakeholders. Op een later moment is aan alle deelnemers van de prioriteringsbijeenkomst via e-mail gevraagd om drie stemmen uit te brengen op de voor hem/haar meest belangrijke hiaten. Op een tweede moment, tijdens de wetenschapsdag op 3 november 2018, hadden de aldaar aanwezige NVPC leden nog de kans drie stemmen uit te brengen op de voor hen meest belangrijke onderzoeksvragen. Leden die niet hadden gestemd op bovengenoemde wetenschapsdag werden via e-mail benaderd om dit nog te doen. Deze laatste stap is gezet om draagvlak te creëren onder de plastisch chirurgen (zij zullen de 'kartrekkers' zijn om de vragen te gaan onderzoeken) en hierdoor een impuls te geven aan de uiteindelijke implementatie van de agenda.

2.2.2. Methodiek opstellen definitieve kennisagenda

In elk vakgebied is er een veelheid aan kennishiaten die in wetenschappelijk onderzoek kunnen worden onderzocht. Het is belangrijk dat de kennishiaten die onderzocht gaan worden ook met grote waarschijnlijkheid opgelost kunnen worden. De werkgroep heeft daarom een verdere selectie van de geprioriteerde kennishiaten uitgevoerd op basis van de volgende weegfactoren:

- De frequentie van prioritering. Het kennishiaat had in ieder geval meer dan 15 stemmen gekregen.
- Er moest een vergelijkbare vertegenwoordiging van de verschillende deelgebieden van de plastische chirurgie in de kennisagenda zijn ten opzichte van de praktijk (dus niet 9 hiaten in de top 10 uit één deelgebied).
- De onderzoekbaarheid. Het opzetten van wetenschappelijk onderzoek is kostbaar en vergt veel tijd. Het benodigde onderzoek moet haalbaar zijn met een grote kans op succes. Hierbij had men de voorkeur voor hiaten met aansluiting bij al bestaande onderzoekslijnen op het gebied van de specifieke onderzoeksvraag.

- De relevantie van de onderzoeksvragen voor patiëntenorganisaties en overige belanghebbenden, zoals zorgverzekeraars en overheid. Dit niet alleen vanwege het draagvlak, maar ook vanwege de hieraan gerelateerde financieringsmogelijkheden voor de uitvoering van het wetenschappelijk onderzoek.
- Al lopend onderzoek; een oriënterende literatuursearch is verricht om te verifiëren of de geselecteerde onderzoeksvragen niet al onderwerp zijn van lopend wetenschappelijk onderzoek.

Dit heeft een top 10 opgeleverd (zie paragraaf 3.1). Twee hiaten ten aanzien van duimbasisartrose zijn samengenomen en vormen nu één vraag op de kennisagenda. De top 10 is geaccordeerd door het NVPC-bestuur en wordt gesteund door Patiëntenfederatie Nederland (zie bijlage 3).

3

RESULTATEN

3. Resultaten

Dit hoofdstuk beschrijft het resultaat van de inventarisatie en geprioriteerde onderzoeksvragen op het terrein van zorgevaluatie.

3.1. Top 10 onderzoeksvragen

De top 10 die op basis van de prioriteringsbijeenkomst en discussie binnen de werkgroep is samengesteld ziet er als volgt uit (onderverdeeld per deelgebied(en); het deelgebied 'algemene plastische chirurgie' is vervallen aangezien de hiaten uit dit deelgebied niet in de top 10 terecht gekomen zijn).

KINDERPLASTISCHE CHIRURGIE

- Wat is het optimale moment en de optimale chirurgische techniek voor het sluiten van respectievelijk de lipspleet en de gehemeltespleet bij kinderen met een (cheilognatho)palatoschisis?*

ESTHETISCHE/ RECONSTRUCTIEVE CHIRURGIE

- Wat zijn de langetermijneffecten van siliconen prothesen op de gezondheid en zijn er bepaalde subgroepen met een hoger risico op gezondheidsproblemen?*

RECONSTRUCTIEVE CHIRURGIE

- Welke chirurgische techniek (zoals conventionele excisie, vriescoupechirurgie, Mohs-of Breuningerchirurgie) is het meest kosteneffectief, geeft de laagste aantallen recidieven, het beste cosmetische resultaat en kwaliteit van leven in de behandeling van huidtumoren?*
- Wat is de beste timing van mamma-reconstructie ten opzichte van radiotherapie en wat is de beste reconstructievorm indien radiotherapie nodig is (geweest)?*
- Wat is de beste chirurgische behandeling voor lymfoedeem en in welk stadium?
- Wat is het effect van lipofilling op de kwaliteit van bestraald weefsel?

HANDCHIRURGIE

- Wat is de optimale timing van conservatieve, minimaal invasieve (o.a. injecties corticosteroiden, hyaluronzuur en lipofilling) en operatieve behandeling van CMC1-artrose?*
- Wat is de beste behandeling bij persisterende CTS-klachten na decompressie van de pols?
- Wat is de effectiviteit van TFCC-repair bij degeneratief TFCC-letsel?
- Wat is het beste beleid bij SL-dissociatie?

* ook geprioriteerd door patiëntenvereniging(en)

3.1.1. PROMS

Tijdens de selectie van de huidige kennishiaten werd zowel uit de huidige richtlijnen als door de leden, patiëntenverenigingen en stakeholders het belang benadrukt van een goede methode ter evaluatie van de zorgkwaliteit. Om de zorg te kunnen verbeteren moet de kwaliteit eerst meetbaar worden. Binnen sommige onderzoeksvelden ligt de keuze voor de uitkomstmaten voor de hand, bijvoorbeeld mortaliteit, tumorprogressie of recidiverende ziekte. Binnen de plastische chirurgie zijn de uitkomsten vaak niet binair en niet objectief. Reconstructieve behandelingen verbeteren de functie of het uiterlijk van de patiënt en daarmee de kwaliteit van leven. Om dit te beoordelen wordt de patiënt vaak gevraagd naar zijn/haar ervaring, de patiënt rapporteert de uitkomst. 'Patient reported outcome measures' (PROMs) zijn speciaal ontwikkelde instrumenten – meestal vragenlijsten – om 'Patient Reported Outcomes' (PROs) zoals kwaliteit van leven en cosmetische tevredenheid vanuit het perspectief van de patiënt te kwantificeren.^{1,2}

Het is belangrijk PROMs te gebruiken die het juiste meten en gevoelig genoeg zijn om verschillen waar te nemen. Daarom zijn voor vele ziektebeelden en condities PROMs ontwikkeld en gevalideerd. Om resultaten van verschillende patiënten te kunnen vergelijken is het echter handig dezelfde PROMs op dezelfde momenten te registreren. Het belang hiervan wordt steeds duidelijker en vanuit verschillende organisaties worden outcome sets geadviseerd die zorgverleners kunnen gebruiken (bijvoorbeeld het International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM)).³

Naast het belang van PROMs voor de zorgverlener zijn ze ook belangrijk voor patiënten. Voor patiënten kunnen PROM-uitslagen helpen bij de keuze van een behandeling (samen beslissen) of in de keuze voor een bepaald ziekenhuis. In de spreekkamer kunnen artsen de uitslagen van de vragenlijsten met de patiënt bespreken en kijken of de doelen van de behandeling zijn bereikt.

Het genereren van deze data door invullen van vragenlijsten kost veel tijd en energie. Het is dan ook van groot belang dat patiënten gemotiveerd en betrokken worden in dit proces. De Patiëntenfederatie Nederland benadrukt het belang door PROMs één van de pijlers te maken in het programma 'Kwaliteit, Inzicht en Doelmatigheid in de medisch specialistische Zorg (KIDZ)'⁴. Op de website (zie referentie 4) wordt ook de rol van de patiënt duidelijk omschreven.

Meetinstrumenten worden niet alleen gebruikt om het effect van behandelingen te evalueren, ze kunnen ook helpen om patiënten te selecteren die baat zullen hebben bij een ingreep. Soms worden meetinstrumenten ingezet voor de beoordeling of een patiënt in aanmerking komt voor vergoeding van de behandeling door de zorgverzekeraar. Het spreekt voor zich, dat als dergelijke beslissingen genomen worden op basis van een meetinstrument, dat het een goed meetinstrument moet zijn dat alle aspecten meeneemt. Helaas is dit niet voor alle ingrepen beschikbaar, bijvoorbeeld contourherstellende chirurgie voor patiënten die extreem veel gewichtsverlies hebben gehad (na bariatrische chirurgie of zelfstandig gewichtsverlies). Bij de prioriteringsbijeenkomsten bleek dat plastisch chirurgen, patiënten en Zorginstituut Nederland (ZIN) het belangrijk vinden dat hiervoor een goed instrument komt. Gelukkig zijn er op dit gebied veel ontwikkelingen en is er door middel van internationaal multicenter onderzoek een PROM (Body-Q) ontwikkeld en gevalideerd die de huidige situatie kan verbeteren.

Het meten van de juiste en dezelfde uitkomsten maakt zorgevaluatie mogelijk en is dus erg belangrijk, maar de ontwikkeling of selectie van PROMs is op zichzelf geen zorgevaluatievraag. De vraag naar de juiste PROMs voor verschillende ziektebeelden is zeker aanwezig, toch zijn deze niet allemaal opgenomen in de selectie voor de kennisagenda. Internationaal leeft de vraag naar outcome sets net als in Nederland, en worden deze door groepen experts gedefinieerd. De NVPC adviseert om – vóórdat een onderzoek of een registratie wordt opgezet – uit te zoeken of er nationale of internationale outcome sets gedefinieerd zijn. Tevens is het van belang de geleverde zorg goed te evalueren. Alle zorgaanbieders moeten gestimuleerd worden om dit met de juiste instrumenten te doen. PROMs zijn hierbij een belangrijk element. De NVPC adviseert alle zorgaanbieders om

aandacht te hebben voor een objectieve evaluatie van de uitgevoerde behandelingen.

1. Fallowfield L, Jenkins V. *Psychosocial/survivorship issues in breast cancer: are we doing better?* *Natl Cancer Inst*, 2014.
2. Weldring T, Smith S. *Patiënt-Reported Outcomes (PROs) and Patiënt-Reported Outcome Measures (PROMs)*. *Health Serv Insights*, 2013.
3. Ong WL, Schouwenberg MG, Van Bommel AC, et al. *A Standard Set of Value-Based Patiënt-Centered Outcomes for Breast Cancer: The International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) Initiative*. *JAMA Oncol*, 2016.
4. KIDZ ebook. *Visie op PROMS geraadpleegd op 14 april 2018* <https://kidz.patiëntenfederatie.nl/proms>.

3.1.2. Toelichting bij top 10 onderzoeksvragen

Sommige vragen zijn bewust breed geformuleerd, aangezien er op deze specifieke gebieden nog veel kennis ontbreekt. Verschillende onderzoeken kunnen bij deze vragen delen van het hiaat invullen en de werkgroep heeft hier een voorzet voor gegeven. Alle hiaten uit de top 10 zijn in de hieropvolgende pagina's voorzien van een toelichting.



KINDERPLASTISCHE CHIRURGIE

KINDERPLASTISCHE CHIRURGIE

01. **Wat is het optimale moment en de optimale chirurgische techniek voor het sluiten van respectievelijk de lipspleet en de gehemelsespleet bij kinderen met een (cheilognatho) palatoschisis?**

16 x geprioriteerd (15 x NVPC-lid, 1 x patiëntenvereniging)

In Nederland komt een schisis bij 16,6 van 10.000 levendgeborenen voor. De zorg voor patiënten met schisis is georganiseerd in 13 schisisteamen waar multidisciplinaire teams de kinderen gedurende de gehele jeugd begeleiden.¹ Ondanks de gecentraliseerde organisatie en de landelijke geanonimiseerde registratie van de Nederlandse Vereniging voor Schisis en Craniofaciale Afwijkingen (NVSCA) is er nog steeds geen evidente voorkeur voor één behandelprotocol. Hierdoor is er internationaal en in Nederland aanzienlijke praktijkvariatie in technieken en timing van de chirurgische sluiting van met name het harde palatum.^{1,2} Sluiting van de lip wordt meestal op de leeftijd van 1 tot 6 maanden gedaan. Er is meer variatie in het moment van sluiten van het palatum. Het palatum, dat de nasofarynx van de orofarynx afsluit, is nodig voor goede spraak en inname van voeding. Dit is een argument voor vroege sluiting van het gehele palatum. Chirurgie, met als gevolg littekens en mogelijk iatrogeen letsel aan het palatum en de kaak, kan de groei van de bovenkaak negatief beïnvloeden, wat de occlusie en de verhoudingen in het aangezicht verstoort. Hierdoor zijn er voorstanders van vroege sluiting van het hele palatum en voorstanders van late sluiting van het (met name harde) palatum. In Nederland varieert de sluiting van het harde palatum van 9-12 maanden, 15-18 maanden, na 3 jaar tot zelfs 9 jaar oud. Het bewijs voor verschil in resultaten op spraak, kaakuitgroei en complicaties tussen de gevolgde protocollen is van matige kwaliteit. In Nederland worden jaarlijks ongeveer 280 patiënten geopereerd volgens verschillende protocollen. Dit biedt de mogelijkheid om de langetermijnresultaten te evalueren en één landelijk protocol te vormen.

1. Richtlijn Behandeling van Patiënten met een Schisis van lip, kaak en gehemelte. 07-12-2016. [Richtlijnen.nl](http://richtlijnen.nl)
2. Thiele OC, Kreppel M, Dunsche A, Eckardt AM, Ehrenfeld M, et al. Current concepts in cleft care: A multicenter analysis. *J Craniomaxillofac Surg.* 2018 Apr;46(4):705-708.



ESTHETISCHE RECONSTRUCTIEVE CHIRURGIE

ESTHETISCHE RECONSTRUCTIEVE CHIRURGIE

02. *Wat zijn de langetermijneffecten van siliconen prothesen op de gezondheid en zijn er bepaalde subgroepen met een hoger risico op gezondheidsproblemen?*

23 x geprioriteerd (20 x NVPC-lid, 2 x patiëntenvereniging, 1 x stakeholder)

Ongeveer 3,3% van de Nederlandse vrouwen heeft een borstimplantaat.¹ Borstimplantaten worden enerzijds gebruikt in de esthetische zorg ter verfraaiing of vergroting van de borst. Anderzijds wordt een substantieel deel van de implantaten geplaatst bij vrouwen voor een reconstructieve indicatie: het herstel na verwijdering van de borst(en) vanwege borstkanker of een erfelijke aanleg hiervoor, of een aangeboren afwijking van de borst. Het gebruik van borstimplantaten wordt in Nederland sinds de jaren '63 van de vorige eeuw in de klinische praktijk toegepast. Wereldwijd zijn er op dit moment miljoenen vrouwen die profiteren van siliconen borstimplantaten. Helaas bestaan er ook nadelen die samenhangen met het gebruik van borstimplantaten.

Patiënten met een borstimplantaat hebben een verhoogde kans op het zeldzame borstimplantaat-geassocieerde grootcellig anaplastisch lymfoom (BIA-ALCL).² Uit een grootschalig Nederlands onderzoek blijkt dat deze kans groter is dan voorheen gedacht.¹

Daarnaast is er een groep vrouwen die subklinische of onduidelijke klachten ervaren zoals chronische vermoeidheid maar ook pijnklachten.³ Dit wordt in de literatuur het ASIA-syndroom genoemd: Auto-immune Inflammatory Syndrome Induced by Adjuvants. Er wordt gedacht dat borstimplantaten net als alle vreemde materialen in het lichaam, niet inert zijn en dus een immuun-gemedieerde reactie opwekt. Auto-immuunziekten, vooral Sjögren syndroom en systemische sclerose en sarcoidose zijn bijvoorbeeld al geassocieerd met siliconen borstimplantaten (OR 1,58, 1,63 en 1,98 respectievelijk).⁴ Dit zou kunnen liggen aan de genetische opmaak van de patiënt die sommigen dus kwetsbaar maken voor siliconen, maar ook bijvoorbeeld aan een vitamine D-deficiëntie.^{5,6,7}

Er blijven nog veel vragen over betreffende de langetermijneffecten van siliconen implantaten op de gezondheid. Een recente literatuurreview laat zien dat er geen verhoogde kans op bindweefselafwijking, immuunafwijking of maligniteit is door siliconen implantaten.⁸ Geïncorporeerde studies zijn echter kwalitatief onvoldoende. Betere en grotere studies zijn nodig om te laten zien hoe de gezondheid van vrouwen wordt beïnvloed door siliconen borstimplantaten. Selectie van patiënten speelt hierin een centrale rol. Hoewel een recente hoorzitting in Amerika⁹, een rapport van het RIVM¹⁰ en de overgrote meerderheid van publicaties en grote onderzoeken een causaal verband ontkennen tussen het hebben van prothesen en het ontwikkelen van onbegrepen klachten en auto-immuun aandoeningen, blijven de angsten bestaan en is er behoefte aan meer onderzoek op dit vlak. Vragen die nog beantwoord dienen te worden zijn: Welke effecten ervaren patiënten precies? Hoe werkt dit mechanisme precies? Zijn er genen geassocieerd en vooral: kunnen er voorafgaand aan implantatie vrouwen geïdentificeerd worden die kwetsbaar zijn voor deze immunologische bijwerkingen? Verbeteren de klachten na verwijdering van de siliconen implantaten? En kunnen deze nadelen van siliconengebruik voorkomen worden?

1. De Boer et al (2018) *Breast implants and the risk of anaplastic large-cell lymphoma in the breast*. *JAMA Oncology*, 4(3)p335-341.
2. De Jong et al. (2008) *Anaplastic large-cell lymphoma in women with breast implants*. *JAMA*, 300(17), p2030-2035.
3. Watad et al (2018) *The autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants (ASIA)/Shoenfeld's syndrome: descriptive analysis of 300 patiënten from the international ASIA syndrome registry*. *Clinical rheumatology*, 37, p483-493.
4. Watad et al (2018) *Silicone breast implants and the risk of autoimmune/rheumatic disorders: a real-world analysis*. *International Journal of epidemiology*, 47(6), p1846-1854.
5. Perricone, C. et al (2013) *Autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants (ASIA) 2013: Unveiling the pathogenic clinical and diagnostic aspects*. *Journal of autoimmunology*, December 47: p1.
6. Huang, X. et al (2017) *Identification of hub genes related to silicone-induced immune response in rats*. *Oncotarget*, 8(59) p997772-99783.
7. Colaris et al (2017) *Vitamin D deficiency as a risk factor for the development of autoantibodies in patiënten with ASIA and silicone breast implants: a cohort study and review of the literature*. *Clinical rheumatology*, 36, p981-993.
8. Ref: Balk, E. et al (2016) *Long-Term health outcomes in wome with silicone gel breast implants: a systemtatic review*. *Annals of internal medicine*, 164(3); p164-175.

9. www.fda.gov/news-events/press-announcements/statement-fda-principal-deputy-commissioner-amy-abernethy-md-phd-and-jeff-shuren-md-jd-director-fdas
10. www.rivm.nl/publicaties/gezondheidsklachten-bij-vrouwen-met-siliconen-borstimplantaat-inventarisatie



RECONSTRUCTIEVE CHIRURGIE

RECONSTRUCTIEVE CHIRURGIE

03. Welke chirurgische techniek (zoals conventionele excisie, vriescoupechirurgie, Mohs- of Breuningerchirurgie) is het meest kosteneffectief, geeft de laagste aantallen recidieven, het beste cosmetische resultaat en kwaliteit van leven in de behandeling van huidtumoren?

48 x geprioriteerd (47 x NVPC-lid, 1 x patiëntenvereniging)

Huidtumoren komen zeer veel voor in de Nederlandse populatie. Een basaalcelcarcinoom is de meest voorkomende soort huidkanker die feitelijk geen mortaliteit kent, met een prevalentie van ongeveer 30% onder volwassenen. Dit komt overeen met miljoenen mensen per jaar in de wereld. Dit maakt het een epidemie in wording die een grote maatschappelijke kostenpost zal gaan vormen in Nederland. Daarom is het definiëren van efficiënte zorg uiterst belangrijk. De verschillende behandelingen bestaan uit bestraling, bevroering, zelfbehandeling of chirurgie.¹ Er zijn plaatsen in het lichaam waarbij excisie al snel leidt tot cosmetische en vooral functionele problemen. Het gezicht is het meest passende voorbeeld hiervan. Om een zo klein mogelijke marge te kunnen gebruiken zonder toename van de recidiefkans, zijn er verschillende technieken beschreven. Allereerst is er de bekende conventionele excisie. Alternatieven zijn vriescoupetechnieken waarbij in meerdere etappes de tumor wordt verwijderd met een zo klein mogelijk marge.

Binnen vriescoupetechnieken zijn er grofweg twee mogelijkheden. De Mohs-techniek is daarbij de meest toegepaste vriescoupetechniek in Nederland.² Het weefsel wordt plat gemaakt waardoor een veel groter deel van de rand van het verwijderde weefsel kan worden bestudeerd op aanwezigheid van tumor. Het is wel veel duurder dan conventionele excisie. De gemiddelde operatieduur is lang, waarbij de pathologische preparaten geanalyseerd wordt door de Mohs-chirurg zelf, eventueel samen met de patholoog. Een andere techniek is de 'whole specimen intraoperative frozen section analysis' (WIFSA) methode.^{3,4} Hierbij wordt de tumor en-bloc verwijderd met een klinische marge van 3-10mm afhankelijk van het type tumor (BCC dan wel PCC). Het preparaat wordt gemarkeerd en wordt verticaal gesneden en volledig beoordeeld door een patholoog. Het aantal exci-

sies tot radicaliteit is gemiddeld 1,3 keer en de gemiddelde duur per excisie ronde is 30 minuten. Dit zou betekenen dat alternatieven zoals de WIFSA-methode dus veel goedkoper, sneller en efficiënter zou zijn.

In de maatschappij waarbij de ziekte lasten per patiënt toenemen en de hoeveelheid ouderen ook, is het belangrijk om de meest efficiënte en veilige behandeling te kiezen. Welke techniek is het meest kosteneffectief, welke techniek met de laagste 1- en 5-jaarsrecidieven is er beschikbaar met de beste cosmetische resultaten en kwaliteit van de behandeling? De huidige literatuur vergelijkt enkel Mohs micrografische chirurgie versus conventionele excisie.^{5,6} Er mist dus een vergelijking tussen alternatieve technieken, waaronder de WIFSA-methode, en de Mohs-chirurgie als alternatief voor conventionele excisie.

1. *Oncoline richtlijn Basaalcelcarcinoom, versie 2.1, laatste update: 16 oktober 2015.*
2. *Van Loo et al (2014) Surgical excision versus Mohs' micrographic surgery for basal cell carcinoma of the face: A randomised clinical trial with 10 year follow-up. Eur J Cancer. Nov;50(17):3011-20.*
3. *Scholten et al (2019) J Surg Oncol. Long-term recurrence rates of whole specimen intraoperative frozen section analysis in basal cell carcinomas of the face with WIFSA. Ahead of print published online.*
4. *Hutting et al. (2018) Effective excision of cutaneous squamous cell carcinoma of the face using analysis of intra-operative frozen sections from the whole specimen. J Surg Oncol. 2018 Mar;117(3):473-478.*
5. *Essers, B.A.B et al (2006) Cost-effectiveness of Mohs Micrographic Surgery vs Surgical Excision for Basal Cell Carcinoma of the Face. Archives of dermatology vol 142, p187-194.*
6. *Seidler (2009) Mohs versus traditional surgical excision for facial and auricular nonmelanoma skin cancer: an analysis of cost-effectiveness. American Society for Dermatologic Surgery, 35, p1776-1787.*

04. Wat is de beste timing van mamma reconstructie ten opzichte van radiotherapie en wat is de beste reconstructievorm indien radiotherapie nodig is (geweest)?

46 x geprioriteerd (45 x NVPC-lid, 1 x patiëntenvereniging)

Eén op de zeven tot acht vrouwen (12-14%) ontwikkelt mamma carcinoom tijdens haar levensloop.¹ De chirurgische behandeling bestaat uit mammasparende therapie bij vroegstadium mamma carcinoom, of mastectomie bij multifocaal mamma carcinoom, bij geavanceerde ziekte of bij een genmutatie met hoog risico op het ontwikkelen van mamma carcinoom.²

Na een mastectomie ondergaan steeds meer patiënten een mamma reconstructie.³ Dergelijke reconstructies kunnen bestaan uit reconstructies met eigen weefsel (autologe reconstructies) of reconstructies met een borstimplantaat. De reconstructie kan in dezelfde sessie uitgevoerd worden als de mastectomie (direct), of pas op een later moment (uitgesteld). De directe reconstructie kan bestaan uit een directe autologe reconstructie, direct plaatsen van een tissue expander met op later moment wissel naar definitief implantaat, of het direct plaatsen van een definitief implantaat. De kans op complicaties is na alle vormen van een mamma reconstructie sterk verhoogd als er bestraling van het borstgebied plaats zal vinden of al plaats heeft gevonden. De belangrijkste acute complicatie is verlies van het implantaat (20-50%), en de belangrijkste langetermijn complicaties zijn fibrosevorming en kapselcontractuur.^{4,5}

Er zijn nog veel kennishiaten op het gebied van mamma reconstructies en bestraling vanwege het ontbreken van grote gerandomiseerde studies of grote prospectieve cohortstudies. In de Nederlandse richtlijn voor mamma reconstructies wordt op basis van studies met lage bewijskracht een aantal aanbevelingen gedaan⁶:

1. Indien er nog bestraling moet plaatsvinden, wordt er geadviseerd om bij voorkeur geen directe reconstructie met een implantaat te verrichten, maar te kiezen voor een autologe reconstructie.
2. Bij een uitgestelde reconstructie wordt aanbevolen om te wachten totdat de acute bijwerkingen van de radiotherapie zijn hersteld. Ook bij uitgestelde reconstructies wordt een autologe reconstructie geadviseerd. Indien toch gekozen wordt voor een implantaat, wordt geadviseerd om niet-bestraald weefsel toe te voegen ter bedekking van het implantaat (bijv. een Latissimus Dorsi lap).

Recentere studies die niet zijn opgenomen in de richtlijn tonen enkele nieuwe inzichten. Dit zijn echter wederom studies van onvoldoende kwaliteit om tot inhoudelijke wijzigingen van de richtlijn te leiden: Een meta-analyse van Ricci et al. (2019) toont dat implantaatfalen na bestraling van de tissue expander hoger lijkt dan na bestraling van het definitieve implantaat (20% vs 13%, $p=0,001$). Hevige vormen van kapselcontractuur (Baker graad 3 en 4) lijken vaker voor te komen bij patiënten waarbij het definitieve implantaat is bestraald ten opzichte van patiënten waarbij de tissue expander is bestraald (49% vs 25%, $p=0,001$). De cosmetische tevredenheid lijkt hoger te zijn na autologe reconstructies ten opzichte van implantaatreconstructies. Dit is ook het geval voor bestraalde autologe reconstructies ten opzichte van bestraalde implantaatreconstructies. De sterkste risicofactoren voor complicaties na een reconstructie lijken bestraling, roken en een hoger BMI te zijn.^{7,8}

Prospectieve, en bij voorkeur gerandomiseerde studies zijn vereist om het beschreven kennishiaat te beantwoorden.

1. *Cijfers over kanker, Netherlands Comprehensive Cancer Organization (IKNL) (2016) <https://www.iknl.nl/over-iknl/about-iknl> or www.cijfersoverkanker.nl*
2. *Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effect of radiotherapy after mastectomy and axillary surgery on 10-year recurrence and 20-year breast cancer mortality: meta-analysis of individual patient data for 8135 women in 22 randomized trials. Lancet, 2014.*
3. *Frasier LL et al. Temporal trends in postmastectomy radiation therapy and breast reconstruction associated with changes in National Comprehensive Cancer Network guidelines. JAMA Oncology, 2016.*
4. *Lam et al, The effects of postmastectomy adjuvant radiotherapy on immediate two-stage prosthetic reconstruction with hand without radiotherapy. Plastic and Reconstructive Surgery, 2013.*
5. *Momoh AO et al. A systematic review of complications of implant-based breast reconstruction with prereconstruction and postreconstruction radiotherapy. Annals Surgery Oncology, 2014.*
6. *Nederlandse richtlijn mamma-reconstructie.*
7. *Ricci et al. A meta-analysis of implant-based breast reconstruction and timing of adjuvant radiation therapy. Journal of Surgical Research, 2017.*
8. *Jagsi et al. Impact of radiotherapy on complications and patient-reported outcomes after breast reconstruction. JNCI, 2018.*

05. Wat is de beste chirurgische behandeling voor lymfoedeem en in welk stadium?

23 x geprioriteerd (23 x NVPC-lid)

Lymfoedeem is een aandoening waarbij vocht ophoopt in het weefsel. Dit geeft een ongemakkelijk en zwaar gevoel, en vervolgens pitting oedeem, non-pitting oedeem en elephantiasis. Lymfoedeem wordt ingedeeld in stadium 0 tot 4 (0: verminderd lymftransport zonder zwelling, 1: reversibel pitting oedeem, 2: non-pitting oedeem, 3: eindstadium lymfoedeem met trofische huidafwijkingen)¹. Primair lymfoedeem, waarbij minder lymfebanen zijn aangelegd, is zeldzaam. Secundair lymfoedeem kan ontstaan na beschadiging van het lymfesysteem, in de arm komt het onder andere voor na borstkankerchirurgie of axillaire radiotherapie, in het been komt het ook voor bij langdurige veneuze insufficiëntie. Wat een passende behandeling is hangt sterk af van het stadium lymfoedeem. Bij stadium 3, elephantiasis, zijn er geen functionerende lymfebanen meer over en kan volumereductie alleen door middel van resectie worden bereikt. Bij de eerdere stadia wordt meestal conservatieve behandeling gestart, waarbij manuele lymfedrainage, compressietherapie en oefeningen worden geadviseerd. Het effect hiervan verschilt per patiënt. Bij onvoldoende resultaat kan reconstructieve microchirurgie worden overwogen. Indien er nog functionerende lymfebanen zijn kan een lymfoveneuze shunt worden aangelegd (stadium 0-2), wanneer deze er niet meer zijn kan gekozen worden voor een gevasculariseerde lymfeklier transplantatie (stadium 1-2). Indien er geen reconstructiemogelijkheden zijn kan volumereductie bereikt worden door middel van liposuctie.^{1,2} Het huidige bewijs voor chirurgische behandelingen is matig, de meeste studies zijn case-series en vaak retrospectief. Er is behoefte aan prospectieve studies, en het liefst onderzoek met een controlegroep. Het precieze indicatiegebied en de timing van chirurgische interventies (lymfoveneuze anastomose, gevasculariseerde lymfekliertransplantatie, liposuctie) moet nog duidelijk worden. Is preventieve of vroege reconstructie in stadium 0 zinvol? Ook de optimale chirurgische techniek van de microvasculaire reconstructies (hoeveel lymfoveneuze anastomosen zijn nodig, wat is de ideale positie van getransplanteerde lymfeklieren) vergt nog verdere bewijsvoering?²

1. *Zeltzer AA, Anzarut A, Hamdi M. A review of lymphedema for the hand and upper-extremity surgeon. J Hand Surg Am. 2018;43(11):1016-1025.*

06. Wat is het effect van lipofilling op de kwaliteit van bestraald weefsel?

21 x geprioriteerd (21 x NVPC-lid)

Autologe vettransplantatie (AFT), ook bekend als lipofilling, kan naast een volume-effect door toevoeging van vetcellen ook regeneratieve effecten hebben op het omliggende weefsel.¹ Zodoende wordt AFT steeds vaker gebruikt om de kwaliteit van fibrotisch weefsel te verbeteren zoals weefsel dat bestraling heeft ondergaan.^{1,2} Een grote systematische review van de huidige literatuur laat zien dat AFT na bestraling de huidkwaliteit en huidpigmentatie kan verbeteren en de fibrose kan verminderen. Ook pijnklachten kunnen minder worden.³ De theoretische verklaring voor deze verbeteringen worden toegedicht aan vetcelstamcellen (ADSCs) met angiogene en fibrionlytische eigenschappen na AFT, maar een mechanische oorzaak zou ook het effect kunnen verklaren. Het exacte werkingsmechanisme is dus nog niet bekend. Daarnaast is de hoeveelheid studies bij bestraalde patiënten nog aan de beperkte kant waardoor de bewijslast laag is. De korte- en langetermijnvoordelen van AFT ter behandeling van bestraald weefsel of de hoeveelheid fibrose, pijn en functie moet dus nog grondig onderzocht worden. Hoe groot is de hoeveelheid resorptie die er plaatsvindt indien dit lichaamsonderdeel bestraald is geweest? Is dit afhankelijk van de locatie of de kwaliteit van het weefsel? Hoe succesvol is het om lipofilling toe te passen na een mastectomie ter voorbereiding van een bestraalde thorax om prothesen te kunnen plaatsen? Ook kan men denken aan de meest effectieve operatietechniek (instrumentgebruik) om het beste resultaat te verkrijgen? Ook is de kwantificering van de effecten (mechanisch versus regeneratief) een belangrijk aspect en tenslotte het bepalen van de oncologische veiligheid na AFT in een voormalig tumorgebied.

1. Rigotti, G. (2007) *Clinical treatment of radiotherapy tissue damage by lipoaspirate transplant: a healing process mediated by adipose-derived adult stem cells. Plast Reconstr Surg*, 119: 1409-1422; discussion 1423-1404.
2. Khouri, R. et al. (2013) *Percutaneous aponeurotomy and lipofilling: a regenerative alternative*



HANDCHIRURGIE

HANDCHIRURGIE

07. *Wat is de optimale timing van conservatieve, minimaal invasieve (o.a. injecties corticosteroiden, hyaluronzuur en lipofilling) en operatieve behandeling van CMC1-artrose?*

33 x geprioriteerd (32 x NVPC-lid; 1 x patiëntenvereniging)

Duimbasisartrose (CMC1-artrose) komt veel voor: meer dan een derde van de vrouwen boven de 55 jaar heeft afwijkingen op een röntgenfoto.¹ De artrose kan pijnklachten, krachtsverlies en functieverlies veroorzaken. Naast lichamelijk onderzoek wordt ter beoordeling van ernst van de artrose op röntgenfoto's de Eaton Glickel classificatie gebruikt (graad 1 tot 4). Graad 1 is een radiologisch minimaal aangedaan gewricht waarbij meestal een conservatief beleid wordt ingezet, bestaande uit spalken en handtherapie. Graad 4 CMC1-artrose is een volledig gedestruueerd gewricht waarbij meestal voor een operatieve behandeling wordt gekozen. Bij chirurgische behandeling wordt (een deel van) het gewricht verwijderd. Dit is een onomkeerbare verandering.²

Bij graad 2 en 3 artrose is de behandelkeuze minder evident. Er zijn weinig opties voor patiënten, die onvoldoende reageren op conservatieve behandeling maar verwijdering van het gewricht en de bijbehorende revalidatie te zwaar vinden. Injecties met corticosteroiden lijken pijn te verlichten bij milde artrose, maar niet voor lange tijd. Hyaluronzuurinjecties verbeteren de functie en zijn mogelijk langer effectief, maar geven mogelijk minder pijnverlichting.² Er zijn enkele vergelijkende studies met hyaluronzuur, maar eenduidige conclusies ontbreken. Ook wordt er gekeken naar het effect van gecombineerde corticosteroid- en hyaluronzuurinjecties.³ Een andere optie is autologe vettransplantatie in het CMC1-gewricht. In een prospectieve serie (n=50, per protocolanalyse) is dit effectief gebleken, met name bij patiënten met een graad 2 CMC1-artrose.⁴ Het werkingsmechanisme is nog niet opgehelderd en de resultaten zijn nog niet gereproduceerd of vergeleken met ander beleid (expectatief of chirurgisch).

Het is op basis van het huidige bewijs onduidelijk hoe en hoe lang conservatieve therapie en injecties patiënten met CMC1-artrose kunnen helpen en wanneer de stap van niet-chirurgische behandeling naar chirurgische behandeling gemaakt moet worden.

1. Dahaghin S, Bierma-Zeinstra SM, Ginai AZ, Pols HA, Hazes JM, Koes BW. Prevalence and pattern of radiographic hand osteoarthritis and association with pain and disability (the rotterdam study). *Ann Rheum Dis.* 2005;64:682-687
2. Bakri K, Moran SL. Thumb carpometacarpal arthritis. *Plast Reconstr Surg.* 2015 Feb;135(2):508-20
3. Cormier G, Le Goff B, Denis A, Varin S, Auzanneau L, Dimet J, Le Thuaut A. Corticosteroids injections versus corticosteroids with hyaluronic acid injections in rhizarthrosis: the randomised multicentre RHIZ'ART trial study protocol. *BMJ Open.* 2019 Jan 9;9(1):e022553.
4. Herold C, Rennekampff HO, Groddeck R, Allert S. Autologous Fat Transfer for Thumb Carpometacarpal Joint Osteoarthritis: A Prospective Study. *Plast Reconstr Surg.* 2017 Aug;140(2):327-335.

08. Wat is de beste behandeling bij persistente CTS-klachten na decompressie van de pols?

24 x geprioriteerd (24 x NVPC-lid)

Het carpaletunnelsyndroom (CTS) is een veelvoorkomende aandoening bij volwassenen, met een prevalentie van 6% en een incidentie van 0,2%.^{1,2} Decompressie van de carpaletunnel is één van de meest uitgevoerde electieve handoperaties binnen de plastische chirurgie om klachten van het carpaletunnelsyndroom (CTS) te verminderen. Na chirurgische decompressie blijft 1 tot 31% van de behandelde patiënten klachten houden.³⁻⁵ De meest voorkomende verklaringen van persistente CTS-klachten zijn een onvolledige decompressie, een tweede locatie van compressie meer proximaal in de arm of een recidief van het carpaletunnelsyndroom door andere oorzaken. Er zijn geen hoogwaardige studies die duidelijk maken wat de beste behandeling is bij persistente of recidief CTS-klachten na eerdere chirurgische decompressie.

Aanbevelingen in de huidige Nederlandse richtlijn zijn gebaseerd op retrospectieve studies met lage bewijskracht, en bestaan uit 6 maanden afwachten, gevolgd door eventuele re-release of interpositie van weefsel bij perineurale fibrose/adhesies.⁶

1. De Krom MC, et al. Carpal tunnel syndrome: prevalence in the general population. *Journal of Clinical Epidemiology.* 1992.

2. Bongers FJ, et al. Carpal tunnel syndrome in general practice: incidence and the role of occupational and non-occupational factors. *British journal of general practice.* 2007.
3. Soltani AM et al, A systematic review of the literature on the outcomes of treatment for recurrent and persistent carpal tunnel syndrome. *Plastic and Reconstructive Surgery.* 2013.
4. Cobb TK, et al, Outcome of reoperation for carpal tunnel syndrome, *American journal of hand surgery.* 1996.
5. Dahlin LB et al, Carpal tunnel syndrome and treatment of recurrent symptoms. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery.* 2010.
6. Richtlijn CTS, Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie, 2017

09. Wat is de effectiviteit van TFCC-repair bij degeneratief TFCC-letsel?

19 x geprioriteerd (19 x NVPC-lid)

Het Triangulaire FibroCartilagineuze Complex (TFCC) is een structuur in de pols. Het TFCC heeft een complexe anatomie en werkt samen als een hoofdstabilisator van de pols.¹⁻⁴ Er kan letsel aan ontstaan na een ongeval maar ook door slijtage. In het geval van letsel is het een frequente veroorzaker van ulnaire polspijn.⁵ Veel gebruikte classificaties van TFCC-letsels zijn gepubliceerd door Palmer en door Atzei.^{4,7} De Palmer-classificatie onderscheidt traumatische (type 1) en degeneratieve (type 2) laesies. De meeste van de bestaande studies maken geen onderscheid tussen traumatische of degeneratieve laesies en de plaats van de laesie (centraal / radiaal / ulnair). Omdat de pathofysiologie, biomechanica en behandeling sterk verschillen, kunnen deze onderzoeken niet worden gebruikt om een weloverwogen beslissing te nemen voor een specifieke laesie. Verwondingen van het TFCC zijn van groot klinisch belang, maar het klinische bewijs voor behandeling is slecht en resultaten met een langere follow-up worden zelden gepubliceerd.^{6,7}

1. Hagert E, Hagert CG (2010) Understanding stability of the distal radioulnar joint through an understanding of its anatomy. *Hand Clin* 26(4):459-466.
2. Schuind F, An KN, Berglund L, Rey R, Cooney WP 3rd, Linscheid RL, Chao EY (1991) The distal radioulnar ligaments: a biomechanical study. *J Hand Surg Am* 16(6):1106-1114
3. Palmer AK (1990) Triangular fibrocartilage disorders: injury patterns and treatment. *Arthroscopy* 6(2):125-132

4. Palmer AK (1989) *Triangular fibrocartilage complex lesions: a classification. J Hand Surg Am* 14(4):594-606
5. Bednar MS, Arnoczky SP, Weiland AJ (1991) *The microvasculature of the triangular fibrocartilage complex: its clinical significance. J Hand Surg Am* 16(6):1101-1105
6. Sachar K (2012) *Ulnar-sided wrist pain: evaluation and treatment of triangular fibrocartilage complex tears, ulnocarpal impaction syndrome, and lunotriquetral ligament tears. J Hand Surg Am* 37(7):1489-1500.
7. Atzei A, Luchetti R (2011) *Foveal TFCC tear classification and treatment. Hand Clin* 27(3):263-272.

10. Wat is het beste beleid bij SL-dissociatie?

19 x geprioriteerd (19 x NVPC-lid)

Letsel aan het scapholunaire ligament (SL)-ligament komen met name tot stand door een val op de uitgestrekte hand. In ongeveer 5% van de "pols verstuikingen" heeft het letsel betrekking op een SL-ligamentscheur.¹ Het is de meest voorkomende oorzaak van polsartrose, gedefinieerd als scapholunate advanced collapse of SLAC wrist.²

Dit soort artrose leidt tot ziekteverzuim door chronische pijn en onvermogen tot kracht zetten in de hand/pols. Dit heeft grote gevolgen voor de patiënt en leidt bovendien tot grote macro-economische consequenties voor Nederland. Door vroeg, adequaat behandelen van deze letsels is dus grote winst te behalen.

SL-instabiliteit is zowel moeilijk te diagnosticeren als te behandelen. De algemene behandelstrategieën bestaan uit: conservatief, acuut herstel, reconstructie, fusie, salvage procedures en het uiteindelijk vastzetten van de pols. Het spectrum van SL-letsel is groot, met een blijvende discussie wat de ideale behandeling is. Er is onvoldoende bewijs om een optimale behandeling te kunnen bepalen.

1. H.K. Watson, F.L. Ballet, *The SLAC wrist: scapholunate advanced collapse pattern of degenerative arthritis, J Hand Surg Am*, 9 (1984), pp. 358-365 R.J.R. Chennagiri, T.R. Lindau
2. *Assessment of scapholunate instability and review of evidence for management in the absence of arthritis, J Hand Surg Eur*, 38 (2013), pp. 727-738

3.1.3. Aansluiten bij richtlijnen

De in deze kennisagenda geprioriteerde onderzoeksvragen hebben aansluiting met de volgende richtlijnen:

Tabel 2: Koppeling met richtlijnen

| Onderzoeksvraag | Richtlijn |
|--|--|
| Wat is de beste behandeling bij persistente CTS-klachten na decompressie van de pols? | Carpaletunnelsyndroom 18-04-2017 |
| Wat is het effect van lipofilling bij CMC1-artrose? | Conservatieve en chirurgische behandeling van primaire artrose van de duimbasis 14-04-2015 |
| Wat is de effectiviteit van TFCC-repair bij degeneratief TFCC letsel (repair versus sham operatie)? | - |
| Wat is het beste beleid bij SL-dissociatie? | - |
| Welke chirurgische techniek (zoals conventionele excisie, vriescoupe chirurgie, MOHS of Breuninger) is het meest kosteneffectief, geeft de laagste recidieven, het beste cosmetische resultaat en kwaliteit van leven in de behandeling van huidtumoren? | Basaalcelcarcinoom 14-04-2015 Plaveiselcelcarcinoom huid 21-09-2018 |
| Wat is de beste timing van mamma-reconstructie t.o.v. radiotherapie en wat is de beste reconstructievorm indien radiotherapie nodig is (geweest)? | Borstreconstructie 01-05-2018 Borstkanker 01-07-2018 |
| Wat is de beste chirurgische behandeling voor lymfoedeem en in welk stadium? (Lymfoveneuze anastomose, gevasculariseerde lymfekliertransplantatie, liposuctie) | Lymfoedeem 04-10-2014 |

| | |
|---|--|
| Wat is het effect van lipofilling op de kwaliteit van bestraald weefsel? (bijv. vergroot het de kans op succesvol plaatsen van prothesen)? | Borstreconstructie 01-05-2018 Hoofdhalstumoren 14-04-2015 |
| Wat zijn de langetermijneffecten van siliconen prothesen op de gezondheid (ASIA en ALCL) en zijn er bepaalde subgroepen met een hoger risico op gezondheidsproblemen? | Borstreconstructie 01-05-2018 Mamma-augmentatie 04-04-2014 BIA-ALCL werkprotocol en algoritme 18-01-2017 |
| Wat is het optimale moment (o.a. kijkend naar spraakontwikkeling en kaakuitgroei) en optimale chirurgische techniek voor het sluiten van respectievelijk de lipspleet en de gehemeltepleet bij kinderen met een (cheilognatho-)palatoschisis? | Behandeling van patiënten met een schisis 07-12-2016 |

3.2. Inzicht in wetenschappelijke activiteiten

De huidige wetenschappelijke activiteiten (klinisch patiëntgebonden onderzoek) binnen de plastische chirurgie in Nederlandse ziekenhuizen vinden voornamelijk plaats in universitaire en grote algemene ziekenhuizen. Steeds vaker participeren kleinere ziekenhuizen en ook zelfstandige behandelcentra (ZBC's) in wetenschappelijk onderzoek. Dit is voor bepaalde aandoeningen, zoals de handchirurgie en postbariatrische chirurgie ook hard nodig, omdat deze zorg grotendeels buiten de universitaire centra wordt geleverd.

Deze kennisagenda beslaat thema's die in alle type klinieken van belang zijn, zoals de veiligheid van siliconen implantaten en aanhoudende pijnklachten na operatieve behandeling van het carpaletunnelsyndroom. Om gedegen onderzoek naar deze hiaten te verrichten is het relevant om zoveel mogelijk centra te laten participeren, ook buiten de universitaire ziekenhuizen. Een methode hiervoor is met een 'bottom-up' netwerk van anios, aios en jonge klaren om een zo groot mogelijke inclusie na te streven. In het Verenigd Koninkrijk heeft het *Reconstructive Surgery Trials Network* (RSTN) laten zien hoe snel goede datacollectie mogelijk gemaakt kan worden, en hoe deze data ingezet kunnen worden voor zorgevaluatie. De Wetenschappelijke Koepel van de NVPC (WKNVPC) zet zich in om een vergelijkbaar netwerk in Nederland te ontwikkelen, met integratie in de opleiding tot plastische chirurg.

Binnen verschillende centra, zowel universitair als perifeer, zijn er langdurige onderzoekslijnen waardoor expertise is opgebouwd. Om een aantal voorbeelden te noemen; Het MUMC+ heeft een onderzoekslijn naar borstreconstructies, het Medisch Centrum Leeuwarden onderzoekt chirurgische methoden voor excisie van huidtumoren, het Radboudumc Nijmegen onderzoekt beeldvormende technieken rondom perforatorchirurgie, het Catharina Ziekenhuis Eindhoven richt zich op post-bariatrische chirurgie en het UMCG in Groningen doet al vele jaren onderzoek naar de ziekte van Dupuytren.

Handchirurgie wordt in Nederland verricht door gespecialiseerde plastisch chirurgen, traumatologen en orthopeden. Een groot deel van deze zorg vindt dus plaats buiten de universitaire centra. Een belangrijke voorloper binnen handchirurgisch onderzoek, en met name zorgevaluatie, is de Xpert Clinic. De kliniek heeft met 22 locaties een goede dekking van het gehele land en heeft goede uitkomstregistratie geïntegreerd in het zorgproces. Dit wordt gebruikt om de patiënten het behandelresultaat in de tijd te kunnen laten zien, maar ook voor onderzoek naar effectiviteit van behandelingen en patiënttevredenheid. De Xpert Clinic werkt hiervoor samen met universitaire centra. Deze kliniek is daarmee een voorloper en een voorbeeld van "value based health care". Voor ziekenhuizen is deze manier van zorgevaluatie een waardevolle manier om als standaardzorg na te streven. Initiatieven zijn reeds begonnen zoals de BODY-Q voor de postbariatrische chirurgie, de BREAST-Q voor borstoperaties en FACE-Q voor aangezichtschirurgie welke steeds vaker in ziekenhuizen worden aangeboden. De integratie van dergelijke patiëntgerapporteerde uitkomsten binnen de standaardzorg, inclusief goede ICT-ondersteuning, blijft een dilemma in ziekenhuizen.

Financiering van onderzoek

Onderzoekslijnen zijn afhankelijk van een langdurige bron van financiering. Na jarenlange bezuinigingen in de zorg en op de onderzoeksbudgetten van de universitaire centra is de geldstroom onvoldoende om onderzoekslijnen in stand te houden. Onderzoeksinitiatieven stranden vroegtijdig of worden niet gestart als er geen financiering voor is. Financiering op basis van een grote subsidie, bijvoorbeeld van ZonMw, biedt vaak de mogelijkheid om één project te voltooien. In 2015 werd een voorwaardelijke toelatingsbeurs van ZonMw besteed aan plastisch chirurgisch multicenter-onderzoek, namelijk de BREAST-trial. In deze studie wordt gekeken of een borstreconstructie van eigen vetweefsel door middel van autologe vettransplantatie (lipofilling) een goed alternatief is voor de huidige borstreconstructietechnieken (prothesereconstructie). De resultaten van deze

studie zullen naar verwachting in 2020 bekend worden. Dit soort vraagstellingen en onderzoeksmethoden kosten dus veel tijd. In 2018 werd er één doelmatigheidssubsidie toegekend aan een trial naar het effect van lymfoveneuze anastomosen bij lymfoedeem en in 2019 aan de evaluatie van operatieve zenuwdecompressie in het been bij patiënten met diabetes. Het is noodzakelijk dat er meerdere vervolgsubsidies worden toegekend, willen deze zorglijnen een vaste vorm en continuïteit kunnen aannemen.

De beperkte mogelijkheden voor subsidies heeft ertoe geleid dat plastisch chirurgen naar mogelijkheden zoeken om onderzoek te verrichten met lage kosten, of met financiering vanuit andere bronnen (zoals een 'bottom-up' netwerk of geïntegreerde uitkomstmetingen in de standaard zorg). Dit blijft een lastig speelveld waarin het zoeken naar financiën een belangrijk thema blijft.

Een belangrijke methode om zorg te evalueren begint met het registreren van de zorg. Plastisch chirurgen zijn betrokken bij een aantal registraties die een belangrijke bron van gegevens zijn over de effectiviteit en veiligheid van behandelingen. Een goed voorbeeld is de "Dutch Breast Implant Registry" (DBIR) waarin plastisch chirurgen sinds 2015 plaatsingen en verwijderingen van borstimplantaten registreren, zowel bij borstreconstructies als bij borstvergrotingen. Dit register is op gelijke wijze opgezet als internationale partners zoals onder andere Australië en Scandinavië. Zodoende kunnen vragen in de toekomst sneller wereldwijd worden getoetst op een grote internationale dataset. Problemen met implantaten worden zo sneller opgespoord. Ook gewrichtsprotheses worden landelijk geregistreerd in de Landelijke Registratie Orthopedische Implantaten (LROI). Registraties die geïnitieerd zijn vanuit andere organisaties, van bijvoorbeeld het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), de NABON Breast Cancer Audit (NBCA) en het Pathologisch-Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief (PALGA), kunnen ook belangrijke informatiebronnen zijn om de kennishiaten van de NVPC kennisagenda in te vullen.

Rondom sterk gecentraliseerde zorg zijn structurele onderzoekslijnen opgezet. Onderzoek naar littekens en reconstructies bij brandwonden wordt gedaan vanuit de drie Nederlandse brandwondencentra en littekenexpertisecentra van het Amsterdam UMC (locatie VUmc) en Maastricht UMC+. Het Erasmus MC Rotterdam heeft een gestructureerde onderzoekslijn naar craniofaciale synostoses. Het Amsterdam UMC (locatie VUmc) doet onderzoek naar geslachtsveranderende ingrepen. Deze zeer gespecialiseerde centra zijn goede voorbeelden van

onderzoekslijnen die een grote bijdrage leveren aan de zorg voor een geselecteerde groep patiënten. Deze onderzoekslijnen zijn mogelijk door steun vanuit onder andere de Brandwonden Stichting en stichting Hoofdzaak. Door de kleinere patiëntenaantallen zijn kennishiaten in deze specialistische gebieden niet doorgedrongen tot de nationale kennisagenda.

4

IMPLEMENTATIE

4. Implementatie

4.1. Organisatie en financiering

De geprioriteerde kennisiaten worden gepubliceerd en met ieder die wenst bij te dragen, doorontwikkeld tot onderzoeksvorstellen. De bijdragen zullen vermoedelijk voornamelijk door plastisch chirurgen worden geleverd. De uitwerking tot onderzoeksvorstellen dient zo veel mogelijk in multicentrisch verband te worden gedaan omdat op deze manier de aansluiting met de praktijk en de implementatie in de klinische routine zo veel mogelijk gewaarborgd wordt. Er kan gekozen worden voor verschillende evaluatievormen, zoals vergelijkend onderzoek met behulp van bestaande of nog te bouwen kwaliteitsregistraties, een gerandomiseerde studie, of doelmatigheidsstudies. De evaluatievorm is contextspecifiek en hangt onder andere af van het onderwerp van het onderzoek, van langetermijnevolgen, van de benodigde bewijskracht, etc. Hierbij zal ook rekening worden gehouden met het patiëntenperspectief. Het is sterk aan te bevelen om gebruik te maken van methodologische of epidemiologische ondersteuning om de optimale evaluatievorm te selecteren en het onderzoeksvorstel te optimaliseren.

Organisatie binnen de NVPC

De uitvoering en voortgang van de NVPC kennisagenda zal worden bewaakt en ondersteund door de Wetenschappelijke Koepel van de NVPC (WKNVPC) en het NVPC-bestuur. Om voldoende draagvlak te creëren worden de onderzoeksvragen besproken tijdens de wetenschappelijke vergadering en kan iedereen die interesse heeft in het uitwerken van bepaalde onderzoeksvragen dit kenbaar maken. Hierdoor zal dubbel werk wellicht voorkomen worden. De coördinatie hiervan ligt bij de WKNVPC en het bestuur van de NVPC.

Na opstellen van onderzoeksvorstellen zal gekeken worden of deze passen bij lopende onderzoeklijnen, of deze daarin kunnen worden geïntegreerd of dat er een nieuw onderzoeksproject gestart moet worden.

Financiering

De realisatie van nieuwe onderzoeksprojecten zal afhangen van financiering voor deze onderzoeken. Het verleden leert dat indienen van subsidieaanvragen een

tijdroevende en lastige taak is. De WKNVPC zal na uitwerking van de onderzoeksvoorstellen ondersteuning bieden bij de inventarisatie van mogelijke subsidieverstrekkingen en subsidieaanvragen mandateren die aansluiten bij de kennisagenda.

Mogelijke bronnen van financiering van de geprioriteerde onderzoeken zijn:

1. Eerste geldstroom; waaronder universiteitgebonden beurzen. Onderzoeken die voornamelijk vanuit één centrum zullen gaan lopen kunnen hiervoor in aanmerking komen.
2. Tweede geldstroom; waaronder ZonMw verstrekte persoons- of projectgebonden subsidies. Hierbij zal het NVPC-bestuur, geadviseerd door WKNVPC, het onderzoeksvoorstel voorzien van een aanbevelingsbrief.
3. Derde geldstroom; waar alle andere organisaties in vallen, zoals bedrijven, semi-overheid en non-profit organisaties, ondersteunen onderzoek met veelal projectgebonden subsidies. Ook hierbij zal het NVPC-bestuur, geadviseerd door WKNVPC, het onderzoeksvoorstel voorzien van een aanbevelingsbrief.

Implementatie van de onderzoeksresultaten

De status van de onderzoeksprojecten zal een vast programmaonderdeel worden tijdens de halfjaarlijkse wetenschappelijke vergadering van de NVPC. Hierdoor is iedereen op de hoogte van de lopende onderzoeken en de nieuwste resultaten. De resultaten zullen tevens worden verwerkt in richtlijnen. Dit zal worden gefinancierd vanuit gelden van de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS), onder voorwaarde dat zij voldoen aan de door SKMS gestelde kaders. Daarbij bestaat ook de mogelijkheid modules van bestaande richtlijnen te herzien of een module toe te voegen. Deze financiering wordt door de NVPC aangevraagd na afstemming met het bestuur en de richtlijncommissie van de NVPC.

Evaluatie en update van de kennisagenda

De onderzoeksvragen in de top 10 van deze kennisagenda hebben landelijk gezien prioriteit en voorrang om te worden uitgezocht. Naar verwachting zal de kennisagenda eens per vijf jaar worden herzien. Dit is afhankelijk van de uitvoering van de onderzoeken en de actualiteiten uit het veld. De herziening van de kennisagenda is primair de verantwoordelijkheid van de NVPC, waarbij de praktische uitvoering en samenstelling van de werkgroep ligt bij de WKNVPC.

4.2. Netwerken

Scenario's voor netwerkvorming

Voor een goed georganiseerde, breed gedragen uitwerking en uitvoering van de kennishiaten die in deze kennisagenda beschreven worden, is netwerkvorming belangrijk, waarbinnen plastisch chirurgen en onderzoekers in het veld kunnen samenwerken. Onderlinge concurrentie bij het aanvragen van subsidies moet worden tegengegaan. Daarnaast kan beter overzicht worden gehouden over welke vragen worden uitgewerkt en welke onderzoeken er lopen, waardoor het risico op dubbel uitgevoerd onderzoek afneemt. Tot slot zal samenwerking vanuit verschillende centra de implementatie van de toekomstige resultaten ten goede komen.

Er kunnen verschillende scenario's of fasen van netwerkvorming worden onderscheiden. In het Adviesrapport Zorgevaluatie (Federatie Medisch Specialisten, 2016) worden de volgende mogelijkheden voor netwerkvorming beschreven: (1) geen netwerk binnen de vereniging, (2) geen netwerk, enige coördinatie binnen de vereniging, (3) netwerk van onderzoekers binnen de vereniging en (4) een geïntegreerd netwerk. De verschillende scenario's vormen een groeimodel van de situatie 'geen netwerk' naar 'een geïntegreerd netwerk'. Scenario drie en vier zorgen voor een breed draagvlak binnen de vereniging. Het integreren van faciliteiten binnen het netwerk in scenario vier vraagt om een grote investering en brengt financiële risico's met zich mee.

Het is aan te raden om bestaande kennis en wetenschappelijke ervaring optimaal te benutten. Betrokkenheid van dezelfde onderzoekers bij de uitwerking van meerdere, gerelateerde kennishiaten heeft hierbij de voorkeur. Echter, de uitwerking van een kennisagenda is niet te realiseren op basis van de inzet van enkele personen, daarom wordt een bijdrage van zoveel mogelijk plastisch chirurgen gestimuleerd. Het is de zaak om hierin een goede balans te vinden, waarbij kennis optimaal benut wordt, de belasting draagbaar is en de projecten landelijk gedragen worden.

Netwerkvorming binnen en rond de NVPC

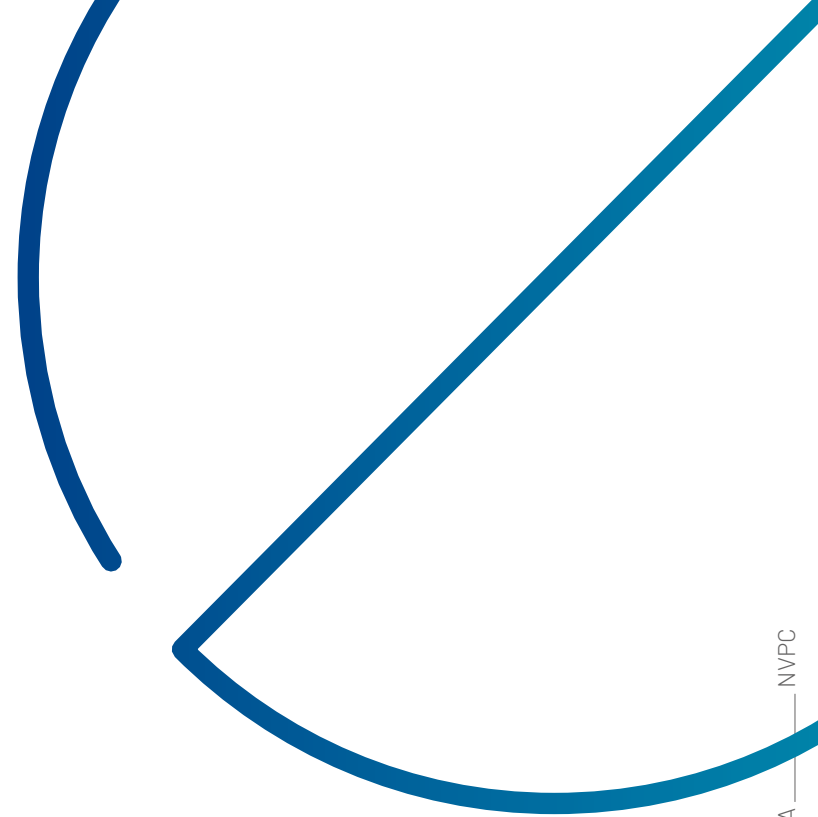
Ten tijde van het verschijnen van de eerste kennisagenda van de NVPC ligt de uitdaging erin om door coördinatie en stimulering de bestaande onderzoek infrastructuur optimaal te gaan benutten voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen van de kennisagenda. Dit is de verantwoordelijkheid van alle NVPC-leden.

De WKNVPC zal hierin faciliteren. De voorzitter van de WKNVPC was ook voorzitter van de projectgroep kennisagenda en is goed bekend met de organisatie van onderzoek binnen de vereniging.

Omdat Nederland een klein land is met een relatief kleine groep plastisch chirurgen, is er al een informeel netwerk aanwezig. Voor het uitwerken van de top 10 beschreven in deze agenda kan dit netwerk op verschillende manieren geformaliseerd worden. Hierbij is het aan te bevelen om bestaande netwerken en samenwerkingsverbanden te gebruiken. Dit zou bijvoorbeeld een mogelijkheid zijn voor de landelijke schisiscentra, waarbij het bestaande netwerk en infrastructuur gebruikt kunnen worden voor landelijk multicenteronderzoek. Voor draagvlak binnen het gehele netwerk is het belangrijk dat het onderwerp van onderzoek gezamenlijk wordt geselecteerd, dat de daaruit volgende onderzoekaanvraag gezamenlijk wordt geformuleerd en dat er vooraf goede afspraken worden gemaakt over de verdeling van de taken en de publicatie van de resultaten.

Andere bestaande netwerken zijn onder andere de Nederlandse Vereniging voor Handchirurgie (NVvH) en de Nederlandse Vereniging voor Esthetische Plastische Chirurgie (NVEPC) waarin specialisten werkend in een bepaald aandachtsgebied of met bepaalde interesses verenigd zijn.

Een andere netwerk Mogelijkheid is een in hoofdstuk 3.2 besproken 'bottom-up' netwerk van onderzoekers, anios en aios die zich allen willen inzetten en door de vele handen het werk licht kunnen maken. Bottom-up netwerken veranderen snel en zullen per project ingesteld moeten worden. Groot voordeel is de grote beschikbaarheid, sterke motivatie, ambitie en interesse in samenwerking van jonge onderzoekers.





Bijlage 1 Richtlijnen

De onderstaande multidisciplinaire richtlijnen zijn gebruikt voor de inventarisatie van potentiële kennishiaten. Alleen de hoofdstukken die relevant zijn voor het plastisch chirurgisch vakgebied zijn meegenomen in de inventarisatie.

Nederlandse richtlijnen (initiatiefnemer (onder andere) NVPC)

- Abdominoplastiek, 2016
- Basaalcelcarcinoom, 2014
- Behandeling letsels van de flexorpezen van de hand, 2017
- Carpaletunnelsyndroom, 2016
- Conservatieve en chirurgische behandeling van primaire artrose van de duimbasis, 2014
- Contourherstellende postbariatrische chirurgie, 2014
- Dupuytren, 2012
- 1^e opvang brandwondpatiënten in acute fase van verbranding en verwijzing naar een brandwondcentrum, 2014
- Hoofd-halstumoren, 2015
- Perifere aangezichtsverlamming, 2009
- Lymphoedeem, 2014
- Mamma-augmentatie, 2014
- Mammareconstructie, 2013
- Melanoom van de huid, 2012
- Plaveiselcelcarcinoom van de huid, 2018
- Schisis behandeling, 2016
- Wondzorg acuut, 2013
- Zorg voor patiënten met brandwonden, 2017

Bijlage 2 Patiëntenorganisaties en overige belanghebbenden

De onderstaande patiëntenorganisaties en overige belanghebbenden zijn benaderd om kennishiaten aan te leveren en aanwezig te zijn bij de prioriteringsbijeenkomst (aangegeven met een *):

Patiëntenorganisaties:

- Obesitas Vereniging
- Bond Ouders Spastische Kinderen (BOSK)
- Landelijke Patiënten- en Oudervereniging voor Schedel- en/of Aangezichts-aandoeningen (LAPOSA)
- Nederlandse Brandwondenstichting*
- Borstkankervereniging Nederland (BVN)*
- Vereniging van mensen met Brandwonden (VmB)*
- HAND-vereniging
- Stichting kind en ziekenhuis
- Olijf
- Patiëntenfederatie Nederland*
- Stichting Dupuytren Nederland*
- Diabetesvereniging Nederland
- Nederlandse Vereniging voor patiënten met Paragangliomen
- Huidpatiënten Nederland*

Overige belanghebbenden/ stakeholders:

- Dutch Society for metabolic and bariatric surgery (DSMBD)*
- Netherlands association for study of obesitas
- Partnerschap Overgewicht Nederland*
- Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties (VSOP)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)*
- Zorginstituut Nederland (ZIN)*
- Nederlandse stichting overgewicht*

Bijlage 3 Brief Patiëntenfederatie



Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie
t.a.v. P.L.T. Liem
Orteliuslaan 1
3528 BA UTRECHT

datum 27 mei 2019
ons kenmerk 2019-72
voor informatie m.martin@patientenfederatie.nl
uw kenmerk
onderwerp **Kennisagenda NVPC**

Geacht bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie,

Middels deze brief geven wij aan dat de 10 geprioriteerde onderzoeksvragen worden onderkend door patiënten als belangrijke kennishiaten.
De kennisagenda is tot stand gekomen met betrokkenheid van patiënten.
Voor een toekomstige herziening van de kennisagenda zullen er nieuwe afspraken worden gemaakt over het proces rondom de patiëntbetrokkenheid.

Namens Patiëntenfederatie Nederland,

Mr. Heleen Post
Manager Kwaliteit

Colofon

KENNISAGENDA NVPC

© 2019 Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie

Orteliuslaan 1

3528 BA Utrecht

030-7670484

bureau@nvpc.nl

Vormgeving en opmaak:

ijzersterk.nu

Alle rechten voorbehouden. De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de NVPC. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de NVPC aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.



Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie
Orteliuslaan 1 • 3528 BA Utrecht