

# KWALITEIT VERGELEKEN

## Onderzoek naar geïntegreerde heup- en knieprogramma's

Veel orthopedische afdelingen van ziekenhuizen besluiten een geïntegreerd heup- en knieprogramma te gebruiken om de kwaliteit van de aangeboden zorg te waarborgen en de ligduur van de patiënten te bekorten. Naar de kwaliteit van deze programma's is onderzoek gedaan.

C.M. LEGIERSE C.S

In 2002 werden in Nederland 23.000 totale heup- en 16.000 totale knie-artroplastieken (THA/TKA) verricht: minimaal een verdrievoudiging

ten opzichte van 1980.<sup>1</sup> Dit aantal zal de komende jaren verder toenemen.<sup>2</sup> Nu de druk op het verwerken van de stijgende vraag toeneemt, is het binnen de orthopedie van groot belang waarborging van

niet eerder onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de verschillende GHK-programma's in Nederland. Het doel ervan is te inventariseren in welke mate GHK-programma's voldoen aan een aan-

### *Medeverantwoordelijkheid van patiënt bevordert herstel*

de kwaliteit van de aangeboden zorg na te streven. Er is naast stimulering van de transmurale zorg<sup>3</sup> sprake van een toename van het aantal geïntegreerde heup- en knieprogramma's (GHK-programma's). Veel ziekenhuizen besluiten tot een programma om op een innovatieve wijze zorg te bieden aan prothesepatiënten. Zij beogen daarmee de toename van de zorgvraag het hoofd te bieden en tevens te komen tot verkorting van de ligduur en daardoor van de wachtlijsten.

Veel ziekenhuizen werken volgens door henzelf ontwikkelde programma's, maar sinds 1997 is een aantal ziekenhuizen gaan werken volgens de principes van Joint Care, ontwikkeld door Biomet Nederland BV. Er is nog

tal op basis van de theorie opgestelde kwaliteitsindicatoren voor de patiëntenzorg voor, tijdens en na heup- en knie-ervangende operaties.

#### THEORETISCH MODEL

Als definitie van een programma hanteren wij: 'Een complex van werkzaamheden gericht op een vooraf met elkaar overeengekomen resultaat, dat met beperkte middelen moet worden gerealiseerd.'<sup>4</sup> Het succes van een programma hangt af van diverse kwaliteitsaspecten. In deze inventarisatie hanteren wij voor een GHK-programma vier kwaliteitsaspecten: standaardisatie, gestructureerde informatievoorziening, groepsgewijze benadering en ondersteu-



ning door mantelzorg. Deze kwaliteitsaspecten zijn uitgewerkt in verschillende kwaliteitsindicatoren waaraan een GHK-programma zou moeten voldoen om de kwaliteit van zorg voor THA- en TKA-patiënten te waarborgen (zie de tabel). Ze komen hieronder aan de orde.

De belangrijkste vorm van *standaardisatie* is protocollering. Protocollen worden al geruime tijd met succes toegepast, ook in de gewrichtsvervangende chirurgie.<sup>5</sup> Deze scheppen duidelijkheid voor de betrokken disciplines en voor de patiënt. Daarnaast blijkt standaardisatie te leiden tot verkorting van de ligduur, alsmede tot betere stroomlijning in het preoperatieve screeningstraject en het postoperatieve ontslag- en transfertraject, zonder nadelige effecten op de kwaliteit van zorg en patiënttevredenheid.<sup>6-8</sup>

*Gestructureerde informatievoorziening* bestaat onder andere uit goede preoperatieve voorlichting; zij blijkt de angst van de patiënt voor de operatie in bepaalde mate te kunnen wegnemen.<sup>9-11</sup> Ook de patiënt op deze manier medeverantwoordelijk maken voor het eigen herstel draagt bij aan bevordering van het herstel.<sup>7</sup>

De *groepsgewijze benadering* bestaat uit verblijf en therapie in groepsverband. De groepsdynamica, waarin de 'niet-ziekbenadering' centraal staat, zorgt ervoor dat patiënten zich aan elkaar optrekken en elkaar stimuleren.<sup>7</sup> Dit zogenoemde lotgenotencontact heeft positieve effecten op het herstel van patiënten.<sup>12</sup>

Ook *mantelzorg*, geboden in een situatie die zoveel mogelijk de thuis-situatie simuleert, draagt bij tot herstel.<sup>13</sup>

KWALITEITSASPECTEN			
	kwaliteitsindicator	aantal projecten	%
<b>I standaardisatie</b>	protocollering	51	94,4
	exclusiecriteria	36	66,7
	vaste dag OK	30	55,5
	ontslagcriteria	39	72,2
	ligduur < 6 dagen	20	37,0
	afspraken thuiszorg	42	77,8
	evaluatiestudie	44	81,5
	nuchtere opname	16	29,6
<b>II gestructureerde informatievoorziening</b>	informatiefolder project	39	72,2
	voorlichtingsprotocol	41	76,0
	videovorlichting	46	85,2
<b>III groepsgewijze benadering</b>	gezamenlijke voorlichting	47	87,5
	opname in groepen	31	57,1
	gezamenlijke slaapkamer	30	55,6
	huiskamer	33	60,7
	groepstherapie	23	41,1
<b>IV ondersteuning door mantelzorg</b>	persoonlijke coach	24	42

*Aantal geïntegreerde heup- en knieprogramma's dat positief scoort op de kwaliteitsaspecten standaardisatie, gestructureerde informatievoorziening, groepsgewijze benadering en ondersteuning door mantelzorg*

Men probeert dit te bewerkstelligen door patiënten gedurende de dag in de huiskamer te laten verblijven en door iedere patiënt iemand uit de eigen omgeving, een familielid of kennis, te laten aanwijken als persoonlijke coach. Deze coach begeleidt de patiënt na de heup- of knie-  
vervangende operatie en speelt een verzorgende rol als de patiënt weer thuis is.<sup>14</sup> Op deze manier is een deel van de

mantelzorg al voor de patiënt geregeld. Het dient ook uitgangspunt te zijn dat de patiënt en zijn naasten mede de verantwoordelijkheid dragen voor de zorg na ontslag uit het ziekenhuis.<sup>15</sup>

#### INVENTARISATIE

Via een postenquête zijn alle hoofden van orthopedische afdelingen van 105 Nederlandse ziekenhuizen gevraagd >>



FOTOS: DE BEELDREDACTIE, MAARTEN HARTMAN

<< of er binnen de orthopedie was gestart met een GHK-programma.

De inventarisatie van de indicatoren is gedaan aan de hand van vragenlijsten en een telefonische enquête, totstandgekomen na overleg met orthopeden van het Universitair Medisch Centrum Utrecht en het Sint Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein. In de vragenlijst en telefonische enquête stonden de vier kwaliteitsaspecten centraal, aan de hand waarvan zeventien indicatoren zijn opgesteld. Elk responderend programma is op basis van deze kwaliteitsindicatoren gescoord. Aanwezigheid van een kwaliteitsindicator leverde één punt op, afwezigheid nul punten. Hieruit volgde een totale scoreschaal van 0-17. Een soortgelijk scoremodel werd eerder toegepast.<sup>16</sup>

#### PROTOCOLLEN

Na twee mailingen ontvingen we 89 reacties (respons 85%). Dertig ziekenhuizen gaven aan geen GHK-programma te hebben, 59 wel. Deze 59 ziekenhuizen kregen een vragenlijst toegestuurd. Daarna is bij 54 een telefonische enquête afgenomen (respons 92%). Twee ziekenhuizen zagen voortijdig af van medewerking aan het onderzoek en bij drie ziekenhuizen was het niet mogelijk binnen de onderzoekperiode een afspraak te maken voor de telefonische enquête. De respondenten waren overwegend orthopeden en leidinggevenden. Negen-tien van de responderende programma's gaven aan te werken volgens de principes van Joint Care.

Aan zorgvernieuwing en verspreiding van innovatie is een proces van

### Videofilm vóór de operatie

lange termijn te onderkennen.<sup>17</sup> Het gemiddelde aantal THA en/of TKA dat jaarlijks door de responderende ziekenhuizen wordt geplaatst, is 261 respectievelijk 125. Deze ziekenhuizen opereren gemiddeld 70 procent van hun totale heup- en kniearthroplastieken binnen het GKH-programma. Dit betekent dat 39 procent van het totale aantal THA en 28 procent van de TKA in Nederland binnen de 54 in deze studie opgenomen

GKH-programma's wordt verricht, met een jaarlijks gemiddelde van 185 respectievelijk 96 per programma. De ligduur bedroeg gemiddeld 6,1 dag en varieerde van drie tot elf dagen.

De protocollen waren in de vragenlijst onderverdeeld in preklinisch traject, intake polikliniek, voorlichtingsbijeenkomst, opname, fysiotherapie en nacontrole (gegevens hierover zijn bij de auteurs beschikbaar). Niet elk programma maakte op al deze gebieden gebruik van protocollen. Dit was bij twintig programma's het geval. Bij evaluatiestudies werd voornamelijk gelet op patiënttevredenheid en het behalen van de vooraf bepaalde doelstellingen. Afspraken met de thuiszorg varieerden van wondcontrole en verwijderen van hechtingen tot hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen. 'Exclusiecriteria' hield in dat patiënten op basis van criteria, zoals leeftijdsgrens, comorbiditeit, medicijngebruik, onvoldoende mantelzorg, onvoldoende kennis van de Nederlandse taal en mentaal niet in staat zijn een vragenlijst in te vullen, niet werden opgenomen in het GHK-programma. Voorbeelden van gehanteerde ontslagcriteria die werden genoemd, zijn droge wond, voldoende mobilisatie, voldoende mantelzorg en zelfredzaamheid van de patiënt. Binnen dertig programma's worden patiënten op één vaste dag of twee vaste dagen van de week geopereerd, vaak maandag en/of dinsdag.

Voorlichting door middel van videofilms houdt in dat tijdens een preoperatieve voorlichtingsbijeenkomst, een videofilm aan de patiënten wordt getoond over de operatie. Dit gebeurt bij 85,2 procent van de programma's (zie tabel). De meeste (76,0%) van de programma's werken met een voorlichtingsprotocol. Als derde kwaliteitsindicator is gekeken of de responderende ziekenhuizen beschikten over een folder met informatie over het GHK-programma, waarin voor de patiënten te lezen is welke perioperatieve behandeling hun te



Bij evaluatiestudies is voornamelijk gelet op patiënttevredenheid

wachten staat. Dat was het geval bij 72,2 procent van de respondenten.

Groepsopname vindt plaats in 31/54 responderende programma's, waarbij de patiënten bij 23 programma's een- of tweemaal daags gezamenlijk fysiotherapie krijgen. Die vindt vaak plaats in de huiskamer. Dit is een ruimte op de afdeling waar de in het project opgenomen patiënten gedurende de dag met elkaar en een eventuele coach kunnen verblijven. 's Nachts verblijven deze patiënten vaak op een gezamenlijke slaapkamer.

De resultaten van het vierde aspect, ondersteuning door mantelzorg, toonden een positieve score voor 24 GHK-programma's.

Na optellen van de scores per kwaliteitsaspect is er een totaalscore berekend voor de 54 programma's. Deze varieerde van twee tot zeventien, het gemiddelde was elf punten. Een van de 54 GHK-programma's behaalde de maximale score van zeventien punten. Uit verdergaande statistische analyses bleek dat de scores van grote en kleine ziekenhuizen ( $p = 0,011$ ), 'oude' en 'jonge' GHK-programma's ( $p = 0,034$ ) en ziekenhuizen met

meer of minder THA en/of TKA per jaar ( $p = 0,375$ ;  $p = 0,968$ ), niet significant van elkaar verschieden.

#### KWALITEITSASPECTEN

Het doel van deze inventarisatie is een antwoord te bieden op de vraag in hoeverre de, sinds 1993 binnen de orthopedische afdelingen van de Nederlandse ziekenhuizen ontwikkelde geïntegreerde heup- en knieprogramma's voldoen aan een aantal, op basis van de theorie,

is mogelijk dat een project dat in deze inventarisatie hoog scoort, laag scoort in termen van klinische uitkomstmaten, zoals mobiliteitsherstel en de incidentie van complicaties. In deze studie is bovendien aan alle kwaliteitsindicatoren een gelijke score toebedeeld, terwijl het nog maar de vraag is in welke mate een indicator doorwerkt in de verschillende meetpunten van het uiteindelijke klinische resultaat. Verder onderzoek moet aantonen of en in welke mate er verband

## Eén programma voldoet aan alle kwaliteitsindicatoren

opgestelde kwaliteitsaspecten. Hiertoe zijn 54 GHK-programma's beoordeeld op zeventien kwaliteitsindicatoren. De scorerange was twee tot zeventien punten. De mediaan was elf. Eenendertig programma's scoorden boven het gemiddelde en één GHK-programma voldeed aan alle kwaliteitsindicatoren. Gestructureerde informatievoorziening, die een belangrijke bijdrage levert aan het wegemen van angst bij de patiënt,<sup>9-11</sup> blijkt in 51 procent van de GHK-programma's een prominente rol te spelen. Standaardisatie is echter nog slechts in 4 procent van de programma's voor alle indicatoren terug te vinden. In het bijzonder nuchtere opname en een ligduur van minder dan zes dagen blijken nog maar in een klein deel van de Nederlandse GHK-programma's standaard te zijn.

Aan deze inventarisiestudie zijn enkele beperkingen te onderkennen. Ten eerste zijn slechts indicatoren onderscheiden voor de proceskwaliteit en niet voor de uitkomstkwaliteit. Het

bestaat tussen de hier geïnventariseerde indicatoren en klinische uitkomstmaten.

Een tweede beperking in de studie is dat voor de meeste kwaliteitsindicatoren alleen is gekeken naar de aan- of afwezigheid van de indicatoren en niet naar de inhoud ervan. Er bestaan verschillen tussen bijvoorbeeld de gebruikte videofilms bij de voorlichting of tussen de verrichte evaluatiestudies. Ook bestaan er verschillen in de invulling van de kwaliteitsindicatoren exclusie- en ontslagcriteria. Het bestuderen van deze verschillen is echter niet in dit onderzoek meegenomen.

Een derde beperking aan deze studie is de subjectiviteit in de antwoorden van de respondenten. Een algemene beperking van vragenlijstonderzoek is het optreden van sociaal wenselijke antwoorden. Nader onderzoek door middel van visitatie zou kunnen bevestigen door middel van triangulatie of de gegeven antwoorden een weerspiegeling zijn van de werkelijke situatie. ■

### SAMENVATTING

- Onderzocht is in welke mate de innovatieve geïntegreerde heup- en knieprogramma's (GHK-programma's) in Nederland, voor, tijdens en na heup- en knie vervangende operaties, voldoen aan zeventien, op basis van de theorie opgestelde kwaliteitsindicatoren; 54 respondenten vulden hiertoe een vragenlijst in en beantwoordden een telefonische enquête.
- 27 programma's (50%) scoorden elf punten of meer op de lijst van zeventien indicatoren. Eén project voldeed aan alle kwaliteitsindicatoren. Geen significant verschil werd gevonden tussen de score van grote en kleine ziekenhuizen, oude en jonge programma's en programma's met veel of weinig knie- en heupartroplastieken.
- In de toekomst moet onderzoek aantonen of er verband bestaat tussen de indicatoren en de hieraan gerelateerde klinische uitkomstmaten.

C.M. Legierse,  
student geneeskunde

K.E. Hardus,  
arts

M.H.B. van Rijnsoever,  
arts

A.J. Verbout,  
hoogleraar orthopedie, afdeling Orthopedie, Universitair Medisch Centrum Utrecht

L. Marting,  
orthopedisch chirurg, afdeling Orthopedie, Sint Antonius Ziekenhuis Nieuwegein

R. Matthijssen,  
research manager, afdeling Orthopedie, Universitair Medisch Centrum Utrecht

prof. dr. A.J.P. Schrijvers,  
hoogleraar structuur en functioneren gezondheidszorg, Julius Centrum, Universitair Medisch Centrum Utrecht

Correspondentieadres: a.j.p.schrijvers@wxs.nl

#### Referenties

1. Ziekenhuisstatistiek. Op: [www.prismant.nl](http://www.prismant.nl).
2. Ockhuijsen SY et al. De totale heupprothese in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998; 142: 1434-8.
3. Prof. dr. C. Sreeuwenberg. *Transmurale zorg: redesign van het zorgproces*. Zoetermeer, 1998.
4. Kor R. 50 checklists voor project- en programmamanagement. *Deventer: Kluwer*, 2001.
5. Dowsey M. *Clinical pathways in hip and knee arthroplasty: a prospective randomised controlled study*. *Medical Journal of Australia* 1999; 170: 59-62.
6. Card S. *Impact of clinical pathways for total hip replacement: a community-based analysis*. *Journal of nursing care quality* 1998; 13: 67-76.
7. Schrijvers AJP. *Moderne patiëntenzorg in Nederland*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2002.
8. Pearson S. *Clinical pathway management of total knee arthroplasty: a retrospective comparative study*. *Australian NZ Journal of Surgery* 2000; 70: 351-4.
9. Hughes S. *The effects of giving patients pre-operative information*. *Nursing Stand* 2002; 16: 33-7.
10. Spalding NJ. *Reducing anxiety by pre-operative education: make the future familiar*. *Occupational Therapy* 2003; 10: 278-93.
11. Breehnaar B. *Inadequacies of surgical patient education*. *Patient Education and counselling* 1996; 28: 31-44.
12. Schulte MB. *Group therapy of psoriasis*. *Duo formula group treatment (DFGT) as an example*. *Journal of American Acad Dermatol* 1985; 12: 61-6.
13. Rosendal H. *Can shared care deliver better outcomes for patients undergoing total hip replacement?* *International Journal of integrated care* 2000; 1 (1).
14. Evenblij M. *De lopende band*. *Medisch Contact* 2003; 58 (47): 1813.
15. Dreessen F, Engelen M. *Eerder naar huis*. *Medisch Contact* 2000; 55 (42):1492.
16. Ravelli DP. *Do integrated mental healthcare organisations facilitate process quality in the treatment of people with schizophrenia and related psychoses?* *International Journal of integrated care* 2003; 3-Febr.
17. Schrijvers AJP. *Een kathedraal van zorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2001.

MC-artikelen over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op onze website via [www.medischcontact.nl/dezeweek](http://www.medischcontact.nl/dezeweek).

