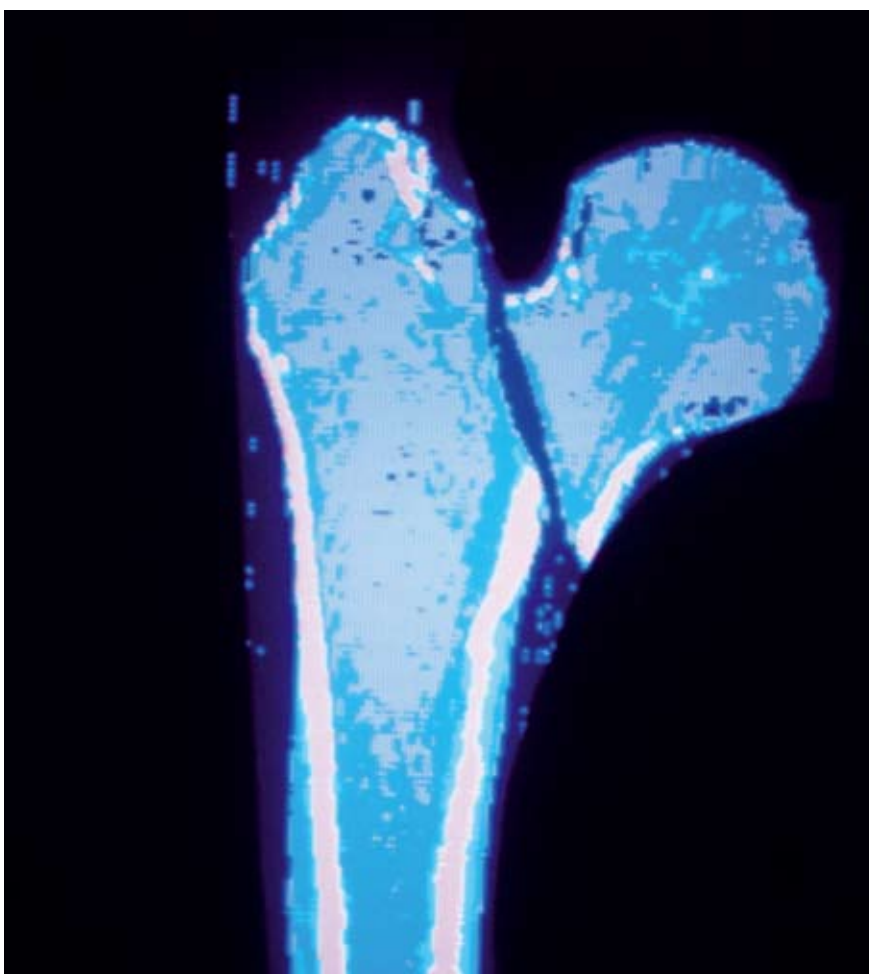


TWIST OVER HEUPFRACTUREN

Anesthesiologen en chirurgen verschillen van inzicht over effect snel opereren

De prestatie-indicator heupfractuur stimuleert snel opereren en stuurt daarmee aan op opereren buiten kantoortijd. Dit verhoogt de mortaliteits- en morbiditeitsrisico's, stelt anesthesioloog Hans Harbers. Het opereren binnen een kalenderdag is goed mogelijk, vindt hoogleraar orthopedie Jan Verhaar. Heelkundigen scherpen de grens nog wat aan.

EVERT PRONK



BEELD: ANP

Jaarlijks breken zo'n 17.000 mensen in Nederland hun heup. Bij 15.000 gevallen is de patiënt 55 jaar of ouder. Om de zorg voor deze patiënten te verbeteren, heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2003 de prestatie-indicator heupfractuur ingevoerd. Onlangs verscheen de vijfde editie. 'De ziekenhuizen waar het merendeel van de oudere patiënten met een heupfractuur tijdig worden geopereerd, laten zien dat de acute zorg rondom een heupfractuur goed is georganiseerd.' Deze zin maakt deel uit van de prestatie-indicator heupfractuur 2008 die de inspectie in samenwerking met de Orde van Medisch

Specialisten en de vereniging van ziekenhuizen NVZ heeft opgesteld.

Tijdig, betekent in de ogen van de inspectie dat een patiënt binnen een kalenderdag is geopereerd. Als er tussen opname en operatie meer tijd verstrijkt dan 24 uur, neemt de kans op complicaties toe, zoals diepveneuze trombose, longembolie en decubitus, aldus de prestatie-indicator.

Hans Harbers is anesthesioloog in het TweeSteden ziekenhuis met vestigingen in Tilburg en Waalwijk en voorzitter van de commissie Kwaliteitsbewaking Anesthesiologische Praktijkvoering (CKAP) van de Nederlandse Vereni- >>

IN DE RING

Een reeks artikelen over medische controversen. Alle afleveringen staan op www.medischcontact.nl/inding

Redactie: Evert Pronk
(e.pronk@medischcontact.nl)



<< ging voor Anesthesiologie (NVA). Zijn vereniging is niet gelukkig met de prestatie-indicator. 'Deze indicator zet aan tot opereren buiten kantoortijden en dat is geen goede zaak. In de praktijk wordt een patiënt die overdag met een gebroken heup naar het ziekenhuis komt, vaak achteraan het programma met electieve ingrepen geplaatst. Deze patiënt gaat 's avonds naar de verkoeper en komt pas op zaal te liggen als de andere patiënten al slapen. Dat betekent dat als het slecht gaat met zo'n patiënt, dat niet snel wordt opgemerkt.'

MORTALITEIT

Dat uit de wetenschappelijke literatuur naar voren komt dat het opereren binnen 24 uur gunstig is wat betreft morbiditeit, behoeft volgens Harbers nuancering. 'In deze studies is geen onderscheid gemaakt tussen operaties tijdens en na kantoortijd. Wij weten uit een grote studie van onze collega Sesmu Arbous dat de mortaliteit en morbiditeit voor heupoperaties buiten kantoortijd een factor 2,5 keer hoger ligt. Dat komt voor een deel doordat de patiënt minder goed wordt gevolgd, maar het kan er ook mee te maken hebben dat de teams in de diensten minder ervaren zijn. Je moet

stige comorbiditeit die niet optimaal is voorbereid, moet worden voorkomen.'

Een retrospectieve studie met gegevens van 446 patiënten van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam geeft een vergelijkbaar beeld. Het tijdstip van operatie is geen risicofactor voor postoperatieve complicaties. Een groot prospectief onderzoek moet volgens de artsen uitwijzen of de huidige prestatie-indicator moet worden aangepast.

Het Utrechtse onderzoek laat dan geen effect op de mortaliteit zijn, maar wel op de morbiditeit. 'Dat kan ook omdat patiënten die snel worden geopereerd wellicht al iets gezonder zijn. Uitstel is dan niet nodig,' pareert Harbers.

RESPECT

Hoewel er buitenlandse studies zijn met vergelijkbare uitkomsten, is er ook een Amerikaanse onderzoek dat aantoonde dat het preoperatieve traject bij heupoperaties juist geen effect heeft op de uitkomst. 'Nederlandse geriaters en anesthesiologen zijn goed in staat om de conditie van patiënten in korte tijd te verbeteren,' reageert Harbers. 'Met alle respect weet ik niet of dat in de Verenigde Staten ook zo is ontwikkeld.'

Een ander onderzoek uit de VS toont

tijdstip van opereren. Daarin staat alleen de 24 uur als criterium. Maatschappen worden hier door hun ziekenhuisbestuur op aangesproken. Dit verhoogt de druk om snel te opereren.'

SNEL

Hoogleraar orthopedie Jan Verhaar schreef vorig jaar in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde een artikel met de weinig verhullende titel 'Heupfracturen zo snel mogelijk opereren.'

De argumenten van Harbers brengen Verhaar niet op andere gedachten. 'Er is op geen enkele manier aangetoond dat langer wachten beter is. Er zijn geen gerandomiseerde studies gedaan. Je hebt bij heupfracturen te maken met oudere mensen die vaak moeilijk voor zichzelf opkomen. De mortaliteit onder deze patiënten is heel hoog. De driekwart van de patiënten die nog een jaar of langer leeft, wil je een hoge kwaliteit van leven meegeven. Dan gaat het er dus om de morbiditeit te minimaliseren. Hoe eerder ze starten met de revalidatie hoe beter. Snel opereren dus.'

Verhaar vindt het grote voordeel van de prestatie-indicator dat het een markering geeft. 'Heel veel ziekenhuizen hebben problemen met de organisatie van de acute zorg. Als de inspectie zou zeggen, opereer maar binnen een week dan helpt dat niets. Dan worden patiënten met een gebroken heup een week later alsnog aan het eind van de dag geopereerd. Ik zou dat mijn ouders niet willen aandoen.'

De orthopedisch chirurg snapt de bezorgdheid van Harbers wel. 'Natuurlijk moet de operatie medisch verantwoord zijn. Maar dat er druk vanuit het management is om aan de eisen van de prestatie-indicator te voldoen, is prima. Dan moet de organisatie wel zó zijn, dat het verantwoord kan. Met heupfracturen gaat men in veel ziekenhuizen te makkelijk om. Een levensbedreigend vaatprobleem wordt niet aan de jongste bediende overgelaten, maar bij een heup mag dat ineens wel. Terwijl bekend is dat het resultaat van een collumfractuur sterk afhankelijk is van de ervaring van de operateur.'

Het langer doorgaan aan het eind van de dag vindt Verhaar onder de voorwaarde van een goede organisatie ook geen probleem. 'Maar voor de indicator is het vaak niet eens nodig. De inspectie noemt 24 uur, maar letterlijk gaat het om een kalenderdag en is de uiterste grens 47 uur.' In de prestatie-indicator

'Buiten kantoortijden ligt de mortaliteit voor heupoperaties 2,5 keer hoger'

dus een bijzonder goede reden hebben om buiten kantooruren te opereren. Of je moet je patiënten na de operatie op een Medium Care-afdeling plaatsen. Maar dat is weer heel duur.'

UITSTEL

Een ander argument voor uitstel, is dat er soms tijd nodig is om de conditie van patiënten te verbeteren. Harbers vindt hiervoor steun in een twee Nederlandse studies. Chirurgen van het UMC Utrecht deden een retrospectief onderzoek met gegevens van 150 patiënten die binnen 24 uur werden geopereerd en 67 patiënten die na 24 uur zijn geopereerd. 'Zij vonden dat postoperatieve sterfte samenhangt met een slechte conditie van de patiënt en niet met de tijd tot operatief ingrijpen. Ze concluderen dat het te vroeg opereren van een patiënt met ern-

bij uitstel van de operatie met vier dagen wel een ongunstig effect op de mortaliteit. Harbers: 'Na een aantal dagen gaan complicaties van bedlegerheid een rol spelen. Een pneumonie en trombose beïnvloeden de mortaliteit wel. Als het om de weekenden gaat, dan moet je daar eerlijk in zijn. Je kunt de operatie niet eeuwig uitstellen. Maar je moet blijven nadenken of het zinnig is om een operatie op zaterdagavond uit te voeren of dat je het op zondagochtend doet als iedereen is uitgeslapen.'

'Begrijp me goed, we zijn er niet op uit heupchirurgie pas na drie dagen te doen', vervolgt de anesthesioloog. 'We zijn er wel voorstander van het binnen kantooruren te doen. Het is inmiddels ook voldoende aangetoond dat acute zorg heel behoorlijk planbaar is. De indicator heupfractuur zegt niets over het

staat een toelichting over de grens: 'Voor een eenduidige registratie is de termijn van één kalenderdag gekozen. Dit betekent dat een patiënt die om 23.00 uur 's avonds wordt gepresenteerd binnen 25 uur geopereerd is, terwijl er voor een patiënt die om 1.00 uur 's nachts wordt gepresenteerd 47 uur verstreken kunnen zijn vóór de operatie.'

RICHTLIJN

Harbers vindt dat de prestatie-indicator zijn effect wel heeft gehad. 'Het zou beter zijn om deze procesindicator te vervangen door een uitkomstindicator. De inspectie is ermee begonnen om schot in zaak te krijgen. Maar brede discussie over de indicator is nooit gevoerd. Een indicator zou moeten volgen op een richtlijn. Ditmaal is het omgedraaid. Bovendien, er zijn wel multidisciplinaire richtlijnen over heupfracturen, maar de definitie van multidisciplinair is niet heel breed.' De anesthesioloog doelt onder meer op de richtlijn Behandeling van de proximale femurfractuur bij de oudere mens, van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde die net is gereedgekomen. Hoewel er naast chirurgen en orthopedisch chirurgen wel een geriater, een verpleeghuisarts en een fysiotherapeut in de richtlijncommissie zitten, doen anesthesiologen niet mee.

'Dat is gezien deze discussie niet handig,' oordeelt Verhaar, die zelf niet bij de richtlijn is betrokken. 'Er moet wel sprake zijn van een balans tussen snel opereren en kunnen opereren.'

'Je kunt de anesthesioloog wel overal bij betrekken,' reageert chirurg prof. Arie van Vugt die voorzitter is van de richtlijncommissie. 'Daar was hier geen reden voor. Over de vorm van anesthesie is de literatuur duidelijk. Het al dan niet uitstellen van de operatie is geen belangrijk punt. De chirurg bepaalt de indicatie, de anesthesioloog bepaalt de risicostatificatie.'

ONGUNSTIG

In de richtlijn staat dat de operatie liefst binnen 24 uur na opname plaatsvindt daar onnodig uitstel de kans op postoperatieve mortaliteit en morbiditeit negatief beïnvloedt. 'Het effect op de morbiditeit is voldoende aangetoond, voor de mortaliteit zijn er aanwijzingen dat uitstel ongunstig is,' nuanceert Van Vugt.

Opvallend is dat de richtlijn het expliciet heeft over 24 uur en niet over een kalenderdag. 'Dat vind ik niks,' zegt



Ideaal is om een patiënt op een gepland tijdstip door een ervaren team te laten opereren.

de chirurg resoluut. 'Een grens is een grens.'

Van Vugt kan de gedachtegang van Harbers wel volgen. 'Natuurlijk is het ideaal om een patiënt op een meer gepland tijdstip met een ervaren team te opereren. Je hoort mij niet zeggen dat er om twee uur 's nachts moet worden geopereerd. Maar in het weekend kun je niet zo lang wachten. Als je acute geneeskunde bedrijft, moet je 24 uur een kwalitatief goed team paraat hebben. Het kan niet zo zijn dat overdag de ervaren specialisten werken en 's nachts en in het weekend de assistenten. Dat is helaas nog niet overal de praktijk.'

VEEL PIJN

Er is nog een belangrijke factor om snel te opereren, betoogt Van Vugt. 'Een gebroken heup geeft veel pijn. Als de moeder van een anesthesioloog binnenkomt met een gebroken heup, dan gaat ze heus niet pas de volgende dag onder het mes.'

De IGZ heeft de afgelopen weken met de verschillende partijen overlegd. De toezichthouder heeft zich gevoelig getoond voor de argumenten van de anesthesiologen. 'Het voorstel is dat de drie verenigingen per 1 maart een besluit kenbaar maken dat zij met ons gaan werken aan een uitbreiding van de indicator met een uitkomstmaat', aldus inspecteur Jan Maarten van den Berg. 'Alle partijen hebben in eerste instantie positief gereageerd om daarvoor de mortaliteit te gebruiken. Op die manier kan er op basis van getallen worden gediscussieerd, in plaats van op basis van meningen.' ■

Literatuur over de urgentie van heupoperaties vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl.

