

‘Collum Care’, een zorgpad voor patiënten met een gebroken heup

Voor elke heup een rode map

drs. A.J.H. Vochteloo,
aios orthopedie

drs. D.D. Niesten,
orthopedisch chirurg

drs. H.B. Cornelisse,
anesthesioloog

dr. M.R. de Vries,
chirurg traumatoloog

dr. R.M. Bloem,
orthopedisch chirurg

dr. P. Pilot, senior onderzoeker
orthopedie

Allen werkzaam bij de Reinier
de Graaf Groep Delft.

Correspondentieadres:
pilot@rdgg.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Osteoporosescreening is onderdeel van het proces geworden. Links aios orthopedie Anne Vochteloo en rechts nurse practitioner osteoporose Peter van den Berg.

beeld: De Beeldredactie,
Marco de Swart

In het Reinier De Graaf Ziekenhuis verloopt de behandeling van patiënten met een heupfractuur volgens een vast model. Voor elke patiënt is er een rode map met formulieren en protocollen waarin allerlei facetten van de zorg zijn vastgelegd.

Omdat naar verwachting het aantal heupfracturen de komende jaren fors zal toenemen en omdat de behandeling ervan ingewikkeld is, moet deze zorg met innovatieve concepten verder worden gestroomlijnd. Parker en Johansen karakteriseren de heupfractuur in dat verband ‘als een echte test en bruikbare marker voor

de integratie en effectiviteit van de moderne zorg’.¹ Het succes van zorgpaden voor electieve orthopedische ingrepen zoals totale heup- of knieprothesen was de aanleiding om ook voor de heupfractuur een zorgpad te ontwikkelen: ‘Collum Care’.²

De kwetsbaarheid van de patiënten met een heupfractuur blijkt wel uit de hoge mortaliteit.





Met behulp van de 'rode mappen' kunnen anamnese, diagnostiek, communicatie en (peri)operatieve zorg op uniforme wijze worden uitgevoerd.

De éénjaarsmortaliteit ligt rond 25 procent, terwijl dit bij leeftijdgenoten zonder fractuur ongeveer 10 procent is.^{1 3} Zo'n 10 procent van de patiënten met een heupfractuur kan niet terugkeren naar de oude woonsituatie. Dit heeft ingrijpende gevolgen voor de patiënten en veroorzaakt daarnaast grote doorstroomproblemen in ziekenhuizen.¹ Naast het niet-electieve karakter van heupfracturen zijn deze punten de meest in het oog springende verschillen met de patiëntenpopulaties van de zorgpaden voor electieve heup- en knieprothesiologie. Bij het vertalen van de basisprincipes zal daarom de nadruk op deze verschillen moeten liggen.

Standaardiseren en integreren

In het Reinier de Graaf Ziekenhuis (RdGG) wordt de traumatologie van het bewegingsapparaat – net als in veel (opleidings)ziekenhuizen – verzorgd door de afdelingen Orthopedie en Heelkunde. Het ontwikkelen van een zorgpad begon met het inventariseren van de bestaande opvattingen en protocollen voor de preoperatieve screening door internist en/of cardioloog, voor postoperatieve belastbaarheid van osteosynthesen, voor tromboseprofylaxe, voor perioperatieve pijnstilling en voor het screenen van osteoporose. Om dit nauwkeurig te doen, hebben we de patiëntenpopulatie van 2005-2007 retrospectief zo gedetailleerd mogelijk in kaart gebracht. Naast cijfers uit verschillende informatiesystemen en statussen zijn ook de gegevens van het verpleeghuis waar de meeste patiënten naartoe gaan, aan het geheel toegevoegd. Doordat in de status expliciete vermeldingen van screening op onderwerpen als deliriumrisico, ondervoeding en osteoporose meestal ontbraken, was de kwaliteit van het

beleid op deze gebieden niet te toetsen. In 2007 is de werkgroep 'heupfracturen' begonnen met het standaardiseren van de diverse protocollen en het integreren van deze proto-

collen tot een standaardpatiëntendossier dat leidend werd voor het (para) medische team. Onderdelen van dit dossier zijn het inschatten van het risico op een delirium en het inventariseren van de voedingstoestand, het mobilisatieniveau, de woonsituatie en de geestelijke en lichamelijke gezondheidsbeleving van de 'Collum Care'-patiënten. Dit dossier kreeg de werknaam de 'rode map'.

In de nieuwbouwplannen van het RdGG staat een verpleeghuisafdeling van de Pieter van

Foreest Stichting (PvF) gepland. Doordat er vanaf oktober 2007 een ruimte in het huidige ziekenhuis beschikbaar kwam, de 'Herstelunit', kon er ervaring worden opgedaan. Er werd een begin gemaakt met de doorstroom van stabiele patiënten die alleen nog in het ziekenhuis verbleven om te revalideren.

Delirium

Hoewel er een screeningsprotocol bestond, werd vóór de invoering van het zorgpad 'Collum Care' noch op de Spoedeisende Hulp (SEH) noch op de verpleegafdelingen standaard de voedingstoestand en het risico op een delirium bepaald.

Nu vult de verpleegkundige of de dienstdoende a(n)ios op de SEH het Risicomodel Delirium in.⁴ Als deze score boven de 5 is, wordt er preoperatief gestart met profylaxe, te weten haloperidol (Haldol) en lorazepam (Lorazepam, Temesta). Bij contra-indicaties voor haloperidolgebruik wordt in overleg met de psychiater een alternatief gezocht.

Voor de voedingstoestand wordt de SNAQ-score ingevuld.⁵ Deze score bestaat uit drie vragen die elk 1 punt kunnen opleveren. Een totaal-score van 1 of 2 punten geeft recht op extra tussengerechten; bij een score van 3 punten wordt de ziekenhuisdiëtiste geconsulteerd.⁵

De afdelingen Heelkunde en Orthopedie hanteerden een verschillend tromboseprofylaxe-protocol (vitamine-K-antagonisten versus laagmoleculaire heparine). Het nieuwe uniforme protocol bestond uit zes weken laagmoleculaire heparine of hervatten van vitamine-K-antagonisten bij patiënten die deze al preoperatief gebruiken. De nierfunctie werd voorheen niet standaard berekend, terwijl van enkele patiënten die NSAID's kregen de nierfunctie onnodig achteruitging. Sinds 2008 wordt standaard met paracetamol als pijnstilling gestart en een NSAID bij een acceptabele nierfunctie (de creatinineklaring wordt nu standaard berekend), zo nodig aangevuld met een opiaat.

Preoperatief consult

In veel ziekenhuizen worden acuut opgenomen oudere patiënten met een operatie-indicatie preoperatief gezien door een internist en vaak nog apart door een cardioloog. Anesthesiologen willen echter vaak andere informatie over de medische conditie van een patiënt dan hetgeen de geconsulteerde internist aanbiedt. Bovendien waren de consulten in het RdGG erg wisselend in inhoud en sterk afhankelijk van het aandachtsgebied van de superviserende internist. Om de meerwaarde van het preope-

Een totaalscore van 1 of 2 punten geeft recht op extra tussengerechten

In de 'Herstelunit' verblijven patiënten die alleen nog in het ziekenhuis zijn om te revalideren.



ratieve consult te vergroten en dubbelwerk te voorkomen is er, in samenspraak tussen Anesthesiologie en Interne Geneeskunde een consult opgesteld met standaard aandachtspunten die specifiek zijn gericht op de perioperatieve zorg. Zo is er een kant-en-klaardocument met perioperatieve adviezen over vochtbeleid en medicatie voor anesthesioloog en a(n)ios op de verpleegafdeling ontstaan.

Rode map

Per 1 januari 2008 zijn we begonnen met een prospectieve registratie van de gegevens uit de 'rode map'. Hierin zitten vragenlijsten die de patiënt invult, eventueel met hulp van familie, begeleiders of een SEH-verpleegkundige.

Deze vragenlijsten zijn de SF-12 (een score voor emotionele en lichamelijke gezondheidsbeleving), de Groningen Activity Restriction Score (GARS, een score voor functionele algemene dagelijkse levensverrichtingen), de eerder genoemde SNAQ-score en het Risicomodel Delirium.⁴⁻⁶

Verder worden de mobiliteit, de woonsituatie en de geleverde mantelzorg van de patiënt vastgelegd. Daarnaast bevat de rode map het gestandaardiseerde preoperatieve consult interne geneeskunde en een opnamestatus met een invulvel voor anamnese, lichamenlijk onderzoek, ASA-classificatie en doktersorders. Ook zitten er formulieren in voor de postoperatieve statusvoering.

Daardoor kan op uniforme wijze de anamnese, diagnostiek, communicatie en (peri)operatieve zorg worden uitgevoerd. Bovendien worden er gegevens verzameld om de kwaliteit te toetsen.

De osteoporosescreening was op beide afdelingen beneden de maat

Osteoporose

Vóór de invoering van het zorgpad besteedde de afdeling Heelkunde meer aandacht aan het screenen op osteoporose dan Orthopedie. Op beide afdelingen was de osteoporosescreening echter beneden de maat. Momenteel wordt op de tweede dag na de operatie het routinebloedonderzoek (onder andere hemoglobinebepaling) uitgebreid met aanvragen die specifiek bij osteoporosescreening horen.

Bij ontslag uit het ziekenhuis wordt de postoperatieve afspraak bij de behandelend (orthopedisch) chirurg gecombineerd met een bezoek aan een nurse practitioner op het osteoporosespreekuur. Afhankelijk van een vragenlijst en de laboratoriumuitslagen van het klinisch bloedonderzoek wordt een botdensitometrie uitgevoerd. Osteoporosescreening is hiermee een onderdeel van het proces geworden. Behalve dat er enkele wetenschappelijke studies zijn gestart, is er ook een follow-up van alle patiënten bijgehouden over 2008. Deze bestaat uit de klinische registratie van alle patiënten, een beoordeling van de mortaliteit 3 en 12 maanden na de operatie en een beschrijving van de woonsituatie, de mobiliteit en de gezondheidsbeleving, vaak ingevuld met hulp van mantelzorgers.

Herstelunit


Aan de hand van de vragenlijsten krijgt men een goed beeld van pre- en postoperatieve woonsituatie van patiënten. Van degenen die naar de Herstelunit werden ontslagen, ging na gemiddeld 30 dagen, 90 procent terug naar de oude woonsituatie. Uiteindelijk is na drie maanden twee derde van de mensen die uit een zelfstandige woonsituatie of uit een verzorgingshuis kwamen, weer terug in de oude situatie.

SAMENVATTING

- De verschillende protocollen van de afdelingen Orthopedie en Heelkunde voor patiënten met een gebroken heup zijn tot één uniform multidisciplinair zorgpad samengevoegd.
- Het zorgpad levert complete zorg door middel van integratie van eenvoudige interventies.
- Dataverzameling levert in de nabije toekomst zeer relevante informatie over onder andere het postoperatieve beloop van woonsituatie en mobilisatiegraad van patiënten met een gebroken heup.

Bij het evalueren van de pre- en postoperatieve mobiliteit vielen twee zaken op. Preoperatief liep 36 procent van de patiënten zonder hulpmiddel, drie maanden na de operatie kon slechts 11 procent dit. Verder was 4 procent preoperatief bedlegerig, na drie maanden is dit toegenomen tot 13 procent. Bij 106 (86%) patiënten was er sprake van homogene dataverzameling.

Verbetering

Voor het feit dat de Spoedeisende Hulp veel door jonge, vaak onervaren artsen wordt bemand, maakt het gebruik van een zorgpad met een standaardpatiëntendossier (waarin alle benodigde stappen staan aangegeven en de benodigde papieren zitten) een nuttig hulpmiddel. Inventariseren van het risico op een delier en van de voedingstoestand, goede perioperatieve adviezen over (pijn)medicatie, vochtmanagement en poliklinische screening op osteoporose zijn standaard geworden. Daarnaast zijn door het invoeren van het zorgpad alle protocollen doorgelicht en uniform gemaakt. Daarom kunnen wij zeggen dat een zorgpad als 'Collum Care' een kwaliteitsverbetering is voor ons ziekenhuis, hoewel deze nieuwe opzet nog minder dan een jaar operationeel is. De behaalde verbeteringen zijn weergegeven in het *overzicht*. Het geïntegreerde programma is verder een goede basis om de zorg verder te optimaliseren door middel van de diverse opgezette wetenschappelijke projecten en analyse van de prospectief verzamelde gegevens. 



De literatuurlijst en een eerder MC-artikel over heupfracturen vindt u onder dit artikel op www.medischcontact.nl.

Verbeteringen door 'Collum Care'

onderwerp	uitgangssituatie	huidige situatie
osteoporose	willekeurige screening	standaardscreening
tromboseprofylaxe	twee verschillende protocollen	één uniform protocol
voedingstoestand	geen standaardinventarisatie op SEH, aandacht protocol verschilt per verpleegafdeling	altijd SNAQ-score bij opname
delierrisico	geen standaardrisico-inschatting op SEH, aandacht protocol verschilt per verpleegafdeling	standaarddelierscore bij opname
preoperatief consult	willekeurige aandachtspunten en adviezen	gestandaardiseerde aandachtspunten en adviezen
pijnstilling	arts-afhankelijk terughoudendheid met NSAID's	NSAID's afhankelijk van nierfunctie

Winter

Het waren Avercampse taferelen: vrolijk kijkende schaatsers bevolkten de bevroren plassen. Een gevoel van saamhorigheid had ons kortstondig in de greep; de goedgemutstheid was op ieders gezicht af te lezen.

De seizoenen hebben invloed op onze psychische gesteldheid en dat weten we allang. De oude leerboeken van Kraepelin bevatten grafiekjes die aangeven dat het aantal suïcides in de herfst en lente duidelijk toeneemt en we weten dat manische en depressieve psychoses in dezelfde seizoenen vaker voorkomen dan in de andere jaargetijden. De winter weet er ook raad mee: depressies komen in de wintermaanden in het noordelijk deel van het noordelijk halfrond veel vaker voor dan in de gebieden rond de evenaar. Mensen die in de winter worden geboren, hebben een iets vergrote kans om later in het leven schizofrenie te ontwikkelen.

Toch weten we nog maar heel weinig hoe het komt dat de seizoenen invloed hebben op onze psychische gesteldheid. In de winter heeft het zeker met zonlicht te maken en vandaar ook dat iedereen zo vrolijk op de schaatsen stond. In de zomer zijn mensen die gevoelig zijn voor winterdepressies juist opgewekter dan normaal en soms zelfs hypomaan. Het is dus niet het schaatsen dat vrolijk maakt, maar het overvloedige zonlicht. Zou de bloei van Nederland in de 17de eeuw ten dele een gevolg zijn geweest van de lange, zonnige winters? Wie weet, een leuk nieuw onderzoeksgebied, de relatie tussen klimaatveranderingen, psychische gesteldheid en de macht der naties. Het klinkt misschien wat megalomaan, maar het zal wel te maken hebben met het vele zonlicht van de afgelopen weken.

René Kahn,
psychiater

Referenties

1. Parker M, Johansen A. Hip fracture. *BMJ* 2006; 333: 27-30.
2. Dreessen F, Engelen M, Pilot P. Eerder naar huis; Kortere verpleegduur door ontschotting in de zorgverlening. *MC* 2000; 42: 1492-3.
3. Foss NB, Kehlet H. Mortality analysis in hip fracture patients: implications for design of future outcome trials. *Br J Anaesth* 2005; 94: 24-9.
4. Boo M de, Meijndert Y. Risicomodel Delirium Reinier de Graaf Gasthuis 2006 (intern document).
5. Kruizenga HM, Seidell JC et al. Development and validation of a hospital screening tool for malnutrition: the short nutritional assessment questionnaire (SNAQ). *Clin Nutr* 2005; 24 (1): 75-82.
6. Suurmeijer TBPM, Doeglas DM et al. The Groningen Activity Restriction Scale for measuring disability: Its utility in international comparisons. *Am J Public Health*. 1994; 84: 1270-3.