

Problemen rond het ontslag uit het ziekenhuis van 'total hip'-patiënten

P R E - O P E R A T I E V E B E P A L I N G Z O R G B E H O E F T E

TOT DE VERWORVENHEDEN van de naoorlogse geneeskunde behoort niet in de laatste plaats de mogelijkheid heupprothesen te implanteren. Deze ingreep heeft reeds tal van mensen een grotere bewegingsvrijheid teruggegeven of in elk geval van veel pijn verlost. Het is dan ook niet te verbazen dat het aantal heupoperaties in de afgelopen jaren sterk is gestegen: werden in Nederland in 1979 ongeveer 5.000 van deze operaties verricht, in 1990 was hun aantal gestegen tot bijna 12.000.¹

De implantatie van prothesen is een waardevolle medische behandeling. Des te spijtiger is het dan ook dat deze behandeling in veel Nederlandse ziekenhuizen wordt ontsierd doordat de patiënten zeer lange wachttijden moeten doormaken. In menig ziekenhuis is de tijd die verstrijkt tussen het besluit tot opereren en de daadwerkelijk ingreep letterlijk en figuurlijk pijnlijk lang: acht à negen maanden zijn geen uitzondering.

Maar ook na de operatie kunnen de wachttijden behoorlijk oplopen. Wanneer geen complicaties optreden, kan de patiënt strikt medisch gezien vaak al na acht tot tien dagen uit het ziekenhuis worden ontslagen. Helaas geldt dit laatste slechts voor een minderheid van de patiënten. Uit het ziekenhuis te Enschede, het Medisch Spectrum Twente, werd in 1990 bijvoorbeeld slechts 6,1% van de patiënten binnen 12 dagen ontslagen. Ruim de helft (56,5%) verbleef 13 tot 21 dagen in het ziekenhuis en 37,4% meer dan 3 weken.

Oorzaken

Waarom blijven 'total hip'-patiënten zo lang in het ziekenhuis liggen? Om deze vraag te kunnen beantwoorden werden alle problematische gevallen retrospectief geëvalueerd. Nadat de gevallen waarin medische complicaties optraden waren geëlimineerd, werd al spoedig duidelijk dat de oorzaken van het probleem van de

A.H.M. Kerkhoff, F.E, Festen-
Jansonius, G.P. Westert,
J.R. van Horn

Waarom blijven 'total hip'-patiënten zo lang in het ziekenhuis liggen? En wat is daaraan te doen? In het Medisch Spectrum Twente heeft men getracht op dit punt verbetering te brengen door in het behandeltraject een eenvoudige vragenlijst in te voegen, zodat bekend wordt welke hulp de patiënt na de operatie nodig zal hebben.

lange ligduur zijn onder te verdelen in twee clusters.

Het eerste cluster wordt gekenmerkt door *gebrek aan consensus* over de vraag of de patiënt kan worden ontslagen en vooral ook over de vraag waar een vervolgbehandeling eventueel zou moeten plaatsvinden.

Dit probleem doet zich allereerst intern voor, dat wil zeggen tussen personen die in het ziekenhuis zijn betrokken bij de behandeling en de verpleging van de patiënt, en dus ook bij zijn ontslag. Dat zijn behalve de betrokkene zelf zijn familie, de behandelende specialist(en), de (hoofd)verpleegkundigen, fysiotherapeuten en eventueel ook het maatschappelijk werk in het ziekenhuis.

Gebrek aan consensus leidt er vrijwel zonder uitzondering toe dat de patiënt voorlopig in elk geval blijft liggen. Indien de één meent dat de patiënt naar huis kan en de

ander daarentegen dat hij nog een tijdje moet blijven, gebeurt vrijwel altijd dat laatste. Zo ook als de ene partij meent dat de patiënt naar huis kan, terwijl de andere van oordeel is dat hij naar het verpleeghuis moet. De patiënt en niet te vergeten zijn familie spelen ook een grote rol: als er plaats is in verpleeghuis A en de patiënt wil naar verpleeghuis B, dan wordt in het algemeen net zo lang gewacht tot er in B plaats is. De gevolgen van een gebrek aan consensus zijn aanzienlijk: ze kunnen zelfs zo ver reiken dat reactiveringsbedden in het verpleeghuis ondanks alle bestaande schaarste toch niet voor hun eigenlijke doel worden gebruikt.

Daarnaast doet het gebrek aan consensus zich voor tussen de intra- en de extramurale hulpverleners. Ook hier leidt verschil van mening er steeds toe dat de patiënt blijft waar hij is, en dat is steeds in het ziekenhuis. Het lijkt wel of de betrokken hulpverleners zich bij discussies over het ontslag van patiënten houden aan het oude, vrouwelijke 'in dubio abstine'!

Een tweede cluster problemen en knelpunten bleek voort te komen uit de omstandigheid dat overeenstemming over het te volgen beleid nog niet betekent dat een dergelijk beleid *daadwerkelijk* wordt uitgevoerd. Vaak moest worden geconstateerd dat het ziekenhuis patiënten die thuiszorg nodig hebben niet tijdig aanmeldt bij de gezinsverzorging. Dat betekent dan, dat genoemde instelling (die de gevraagde hulp nu eenmaal niet op stel en sprong kan leveren) nee moet verkopen. Bijgevolg blijft de patiënt dan maar in het ziekenhuis liggen, of - erger nog - gaat hij of zij zonder adequate zorg naar huis.

Vragenlijst

Het is dit laatste probleem dat wij in deze bijdrage onder de aandacht willen brengen.

Het leek namelijk betrekkelijk eenvoudig te kunnen worden opgelost door het

invoegen van een eenvoudige vragenlijst in het behandeltraject.

Om het ontslag uit het ziekenhuis en de daarop volgende nazorg goed op elkaar te laten aansluiten, zo redeneerden wij, dient allereerst bekend te zijn welke hulp de patiënt na de operatie nodig zal hebben. Vervolgens moet worden geregeld dat die gegevens op een dusdanig moment beschikbaar komen dat de instanties die de hulpverlening van het ziekenhuis overnemen,

eenvoudige pre-operatieve vragenlijst ter bepaling van de zorgbehoefte van de patiënt ontworpen. Deze bleek in de praktijk ruim voldoende informatie op te leveren. Meer moeilijkheden ontstonden rond de vraag wanneer de gevraagde gegevens moesten worden verzameld. Hier deed zich een Scylla en Charybdis-achtig probleem voor. Van de ene kant geldt dat een vroege verzameling de betrouwbaarheid van de gegevens bedreigt: er kan immers

huisarts. Als alles goed gaat, komen zij samen tot het besluit dat een operatie al dan niet zinvol is.

2. Vinden beiden opereren zinvol, dan wordt de patiënt verwezen naar de specialist, die vervolgens bepaalt of een operatie ook volgens zijn normen zinvol is.
3. Is ook dat het geval, dan wordt de patiënt op een wachtlijst geplaatst. Daarop staat hij of zij dan acht à negen maanden. Het zal duidelijk zijn dat het invoegen van de vragenlijst op het moment van inschrijving op de wachtlijst nog steeds niet zinvol is: er kan in de komende acht à negen maanden immers nog veel veranderen in de toestand van de patiënt en evenzeer in die van zijn omgeving. Daarenboven leerde overleg met de betrokken instellingen voor nazorg dat de gegevens op het moment van inschrijving op de wachtlijst nog niet als planning voor het werk kunnen dienen.
4. Ruwweg zes weken voor de geplande datum van de operatie wordt de patiënt door het ziekenhuis opgeroepen voor een nader onderzoek. Hierbij kijkt de orthopedisch chirurg nog eens naar de heup, terwijl de anesthesist de algemene toestand van de patiënt beoordeelt. Het blijkt, dat dit moment heel geschikt is voor het invoegen van een extra status of vragenlijst.

Eerste ervaringen

De pre-operatieve vragenlijst werd in het najaar van 1991 als 'try-out' gintroductie. Besloten werd de lijst in eerste

*Het lijkt wel of de betrokken hulpverleners
zich bij discussies over het ontslag van
patiënten houden aan het oude vertrouwde
'in dubio abstinere'*

deze in hun werkschema' kunnen inpas-

sen. Anders dan men zou denken, valt de vraag welke hulp de patiënt nodig heeft in het algemeen niet zo moeilijk te beantwoorden. Zij wordt in grote lijnen bepaald door het verschil tussen hetgeen de patiënt nodig heeft om zich in het dagelijkse leven staande te houden en dat wat hij of zij in werkelijkheid kan. Het verschil moet worden 'bijgepast' door de eigen omgeving, de professionele thuiszorg en andere instellingen als verzorgings- en verpleeghuis.

Ter bepaling van dit verschil werd een zeer

nog veel veranderen. Van de andere kant geldt, dat een late verzameling de manoeuvreerruimte van de overnemende instanties beperkt: hoe later de gegevens beschikbaar zijn, hoe moeilijker de instellingen die de hulp moeten leveren deze kunnen omzetten in concrete acties. Het lag bij het zoeken naar *het beste moment* voor de hand uit te gaan van de gang van zaken rond een heupoperatie zoals die thans in het Medisch Spectrum Twente gebruikelijk is. In grote lijnen gaat het daar als volgt:

1. De patiënt overweegt een operatie en gaat na meer of minder aarzelen naar de

H U L P V E R L E N I N G A A N A R T S E N

Landelijke contactpersonen

*mw drs F.M. Arendszen Hein, psychologe,
psychotherapeute*

Psychotherapeutische Dagkliniek Veluweland,
Klomperweg 175, 6741 PH Lunteren,
tel. 08387-2141

R. Vecht-van den Bergh, psychiater 'Curium'
Endegeesterstraatweg 27, 2342 AK Oegstgeest,
tel. 071-170661

J J C Marlet, zenuwarts
Etnalaan 27, 5801 KA Venray,
tel. 04780-81610

drs W.H. Melles, theoloog, psychotherapeut
Groot Hertoginnelaan 5, 1405 EA Bussum,
tel. 02159-18361

dr J Pols,
Cederlaan 4, 9401 RC Assen,
tel. 05920-14731 ('s avonds)

prof dr M M W Richartz
Postbus 88, 6200 AB Maastricht, tel. 043-685330

dr M J van Trommel, psychiater
Terbregelselaan 18, 3055 RG Rotterdam,
tel. 010-4610750

K Visser, psychiater
Middelstraat 9, 5176 NH Den Moer,
gem. Loon op Zand, tel. 04245-9550

prof dr W J Schudel
AZR-Dijkzigt, Rotterdam, tel. 010-4633227

J M Komen, huisarts
Prof. Lorentzstraat 13, 7557 AV Hengelo (Ov),
tel. 074-439046 / 074-912131

W. Chr. F. de Vries
De Wingerd 11, 7641 CT Wierden, tel. 05490-33333
(woensdag- en donderdagavond
tel. 05496-74774)

Anonieme dokters

Werkgroep IJsselstein, tel. 03408-83705

Werkgroep Den Haag, tel. 070-3504601

Partnerwerkgroep Den Haag, tel. 070-3463449



Tabel De ligduur van 'total hip'-patienten, zonder gebruik van status en met gebruik van status, vergeleken De door 'matching' verkregen paren worden per rij vergeleken.

1 paar	2 geboorte- datum paar	3 ligduur zonder status	4 ligduur met status	5 verschil in ligdagen
A	1915	24	28	+ 4
B	1915	14	16	+ 2
C	1919	15	60	+ 45
D	1907	16	19	+ 3
E	1911	14	33	+ 19
F	1909	20	19	- 1
G	1918	16	17	+ 1
H	1908	19	51	+ 32
I*	1911	12	19	+ 5
J	1917	15	16	+ 1
K*	1908	14	12	- 2
L	1908	18	20	+ 2

* Patientenpaar bestaat uit mannen De rest van de paren zijn vrouwen

instantie alleen te gebruiken in bepaalde gevallen. Gekozen werd voor patiënten die ouder waren dan 70 jaar of alleen wonden, aan meer dan één aandoening leden, dan wel een hulpbehoevende partner thuis hadden.

De introductie van alweer-een-extra-handeling leverde geen noemenswaardige problemen op. Wel viel op dat het invullen van de status ertoe leidde dat veel patiënten zelf aan de slag gingen om bepaalde zaken te regelen. Waar dat nodig was, bemiddelde het Bureau 1e-2e lijn.

De eerste resultaten van deze acties waren hoopgevend: de patiënten en hun omgeving klaagden niet meer dat er bij ontslag niets was geregeld en bij het Bureau 1e-2e lijn werden geen crisissituaties meer gemeld. Voorts waren met name de verpleegkundigen op de afdeling Orthopedie ingenomen met de status.

Om deze gunstige uitkomsten enigszins te staven, hebben wij vervolgens geprobeerd te berekenen of de duur van het post-operatief verblijf in het ziekenhuis is afgenomen door het gebruik van de status. Hier toe trachtten wij na te gaan of patiënten van wie de status was ingevuld na de operatie korter in het ziekenhuis verbleven

dan vergelijkbare patiënten uit de periode daarvoor. Na 'matching' voor leeftijd en geslacht bleven slechts tweemaal 12 patiënten over. Zoals de tabel laat zien, verbleven de patiënten met status (kolom 4) op twee na langer in het ziekenhuis dan de patiënten zonder status (kolom 3). Zelfs indien wordt afgezien van de drie uitschieters (zie patiëntenparen C, E en H) bleven de patiënten met status gemiddeld circa twee dagen langer dan de controlegroep.

Discussie

Hoewel de aantallen vergeleken patiëntenparen klein zijn, mogen deze bevindingen toch opmerkelijk worden genoemd. Zij wijzen erop dat de introductie van de vragenlijst de verpleegduur na operatie in het ziekenhuis eerder heeft verlengd dan verkort.

Gezien het geringe aantal patiënten valt niet uit te sluiten dat het verschil berust op toeval. Is dat niet het geval, dan blijft een interessante vraag over: hoe valt het averechtse effect te verklaren? Men zou kunnen veronderstellen dat de introductie van de status ertoe heeft geleid dat de stijging slechts twee en niet bijvoorbeeld vier dagen bedraagt. Het feit dat de verpleegduur op de afdeling Orthopedie in het algemeen een dalende lijn

Het volgen van expliciet geformuleerde kwaliteitseisen heeft niet een verkortend, maar een verlengend effect op de ligduur

vertoont, maakt deze verklaring weinig aannemelijk. Ook zou men kunnen vermoeden dat de afdeling andere operatiemethoden is gaan toepassen of een ander opnemings- of ontslagbeleid; dit bleek bij navraag niet het geval te zijn.

Wel bleek dat met name de verpleegkundigen op de afdeling heel enthousiast over de status waren. Uiteindelijk kon hierin een verklaringsgrond worden gevonden. De verpleegkundigen bleken in de inhoud van de status steeds weer aanleiding te vinden om, veel meer dan tevoren het geval was, na te gaan of de thuiskomst van de patiënt wel goed was voorbereid. Ze pleegden daartoe overleg met de instanties die de patiënten moesten overnemen en hielden de patiënten vast tot alles op orde was. De daarvoor benodigde ligdagen werden gevonden door jongere patiënten wat eerder te ontslaan.

Aldus leidde de invoering van de status niet tot een verkorting van de ligduur van de betrokken patiënten maar wel tot een verbetering van de continuïteit van de zorg. In andere onderzoekspublikaties is ook al eens gerapporteerd dat het volgen van expliciet geformuleerde kwaliteitseisen niet een verkortend, maar een verlengend effect heeft op de ligduur.²

Gaarne danken de auteurs mw G. Koster, coördinator orthopedie, voor haar bereidwillige medewerking.

PROF. DR A.H.M. KERKHOFF,
faculteit Bestuurskunde, Universiteit Twente

MW F.E. FESTEN-JANSONIUS,
huisarts, Bureau Zorgcoördinatie 1-2e lijn

DR G.P. WESTERT,
faculteit Bestuurskunde, Universiteit Twente

DR J.R. VAN HORN,
orthopedisch chirurg, Medisch Spectrum Twente

Noten

1 Beide getallen werden als volgt berekend de frequentie van verrichtingencode 8567 'vervanging dij-beenkop en acetabulum', bij ziekenfondsverzekerden (LISZ-jaarboeken) x 1.35 De laatste vermenigvuldigingsfactor werd uitgevoerd ter correctie van het bestanddeel van de Nederlandse bevolking dat particulier is verzekerd is circa 35%

2 Sloan FA en Valvona J. Why has the length of stay declined? Social Science and Medicine 1986, 22 66-73

Verzoo WJ. Zorgstandaarden en toetsing medisch handelen Medisch Contact 1988, 43 519-23