



Biomet in Beweging

RAPID
RECOVERY
SYMPOSIUM SPECIAL

BIOMET IN BEWEGING IS EEN PERIODIEKE UITGAVE VAN BIOMET NEDERLAND B.V. • ZOMER 2014

In de afgelopen jaren hebben ook wij, ieder vanuit onze eigen invalshoek en expertise, gewerkt aan het verder optimaliseren van de zorg voor de orthopedische patiënt, waarbij al heel wat mijlpalen en successen zijn bereikt. Samen met een groeiend aantal bevoegen pioniers binnen de verschillende ziekenhuizen hebben we in Nederland gedurende 15 jaar een netwerk mogen creëren dat mede aan de basis staat van wat we op 12 juni met onze gasten hebben mogen delen.

Met trots kijken we dan ook terug op een zeer unieke dag in onze best bevoegen carrières. Uniek omdat we gezamenlijk 325 gasten, bestaande uit 23 verschillende disciplines en afgereisd vanuit 64 verschillende ziekenhuislocaties mochten ontvangen. Allen aanwezig om meer én up-to-date informatie te verkrijgen over het Rapid Recovery programma, maar ook om ervaringen en kennis te delen met de vertegenwoordigers van locaties waar het programma inmiddels geïmplementeerd is.

Uniek omdat we weer getuige mochten zijn van de inzichten en ervaringen van prof. Kehlet uit Kopenhagen, één van de grondleggers van 'fast track' chirurgie, waarbij het streven naar een minimale impact op lichaam en geest wetenschappelijk onderbouwd werd.

Maar vooral uniek omdat de patiënt die in de ochtend van 12 juni een nieuwe heup mocht ontvangen, om 17.30 uur, na alle noodzakelijke controles, zelf de congresruimte in liep om aan te kondigen klaar te zijn om diezelfde middag nog naar huis te gaan.

In deze Biomet in Beweging hopen we u een impressie te kunnen geven van de invulling van de dag, de lezingen en de breakout sessies. Kon u er niet bij zijn, of zou u de presentaties nog eens willen nalezen?

U kunt ze vinden op de Rapid Recovery website: Ga naar www.rapidrecovery.nl en kijk onder symposium voor meer informatie.

Het was opnieuw een groot voorrecht om als organisatie met de faculty samen te mogen werken aan dat ene doel: *'first better then faster'*.

Wie weet mogen we u de volgende keer ook verwelkomen?

Dr. Stephan Vehmeijer (Orthopedisch Chirurg Reinier de Graaf Gasthuis) en Suzanne Cardinaal, HCl, Biomet



Op onze website treft u bijna alle presentaties in pdf aan.

Ga naar www.rapidrecovery.nl en kijk onder symposium voor meer informatie. Wij kunnen ons voorstellen dat u naar aanleiding van het symposium of deze Biomet in Beweging aanvullende vragen heeft of informatie wilt ontvangen.

Neem dan gerust contact met ons op via 078-6292929 of per e-mail via nl.hci@biomet.com.

Iedere patiënt verdient een zorgpad

In 2012 zijn in Nederland 14.000 patiënten geopereerd met een heup- of knie-implantaat van Biomet. Deze ingreep moet worden gezien als een onderdeel van een heel zorgproces. De kwaliteit van de orthopedische behandeling hangt namelijk af van de kwaliteit van de operator, de kwaliteit van het behandelende team, zowel op de OK als op de afdeling, de voorlichting aan de patiënt en de aansluiting van het postklinisch proces op de klinische periode.

Al vanaf 1997 is Biomet actief bezig om samen met zorgaanbieders de kwaliteit van de orthopedische behandeling (het zogeheten zorgprogramma) te optimaliseren, eerst onder de naam Gezamenlijk Herstelplan, later Joint Care en inmiddels Rapid Recovery. Deze zorgprogramma's worden ook wel klinische paden genoemd (zie definitie Netwerk Klinische paden 2001¹). Bij een klinisch pad ligt de focus op multidisciplinariteit en standaardisatie van handelen. Dit bevordert de kwaliteit en de efficiëntie van de zorgverlening. Verder draagt het klinisch pad bij aan de voorspelbaarheid van zowel het proces als de uitkomst, waardoor nazorg, scholing en voorlichting adequaat kunnen worden gepland.

Definitie klinisch pad (2001)

Een verzameling van methoden en hulpmiddelen om de leden van het multidisciplinair en interprofessioneel team op elkaar af te stemmen en taakafspraken te maken voor een specifieke patiëntenpopulatie. Het is een concretisering van een zorgprogramma met als doel kwalitatieve en efficiënte zorgverlening te verzekeren.

In 2007 heeft Vanhaecht² (een van de Europese autoriteiten op het gebied van het klinisch pad denken) een nieuwe definitie van het klinisch pad opgesteld, dat nu veelal als uitgangspunt dient. Als doel van het klinisch pad definieert Vanhaecht: 'de kwaliteit van zorg in het gehele continuüm te vergroten door het verbeteren van op risico gecorrigeerde 'patient outcomes', het bevorderen van de patiëntveiligheid van patiënten, het verhogen van de patiënttevredenheid en het optimaliseren van het gebruik van middelen'. Nieuw in de definitie van Vanhaecht is dat het klinisch pad veel ruimer omschreven wordt, met daarin: de doelen en de instrumenten die worden gebruikt, de wijze waarop communicatie en borging plaatsvindt, het contact met de patiënt en zijn of haar familie door de verschillende teamleden, de borging en rechtvaardiging van middelen.

Deze omschrijving en doelstelling van een klinisch pad komt overeen met die van het zorgprogramma Rapid Recovery, dat onder andere is geënt op het 'fast track' chirurgie gedachtegoed van prof. dr. H. Kehlet. Centraal hierbij staan: de minimalisatie van de impact van het medisch handelen op lichaam en geest, de vermindering van pijn en misselijkheid van de patiënt, een sneller herstel (mobilisatie) van de patiënt en het teamwerk van de medewerkers.

Rapid Recovery kan worden beschouwd als een doorontwikkeling van het vroegere Joint Care programma. In het Joint Care programma worden patiënten groepsgewijs opgenomen en, na op dezelfde dag geopereerd te zijn, ook groepsgewijs ontslagen. Door het proces anders te organi-

seren wordt de opnameduur verminderd. In Rapid Recovery staat niet de opnameduur centraal, maar is meer gekeken naar zaken die kunnen worden verbeterd ten bate van het welzijn, welbevinden en herstel van patiënten. Zo wordt er binnen het Rapid Recovery programma gewerkt volgens de laatste (evidence based) inzichten in de anesthesie, pijnbehandeling, PONV (Post Operatieve Nausea & Vomiting) en bloedmanagement, waarmee een vermindering van pijn en misselijkheid en een snelle mobilisatie (die het herstel positief beïnvloeden) worden beoogd. Verder wordt gewerkt met gestandaardiseerde ontslagcriteria die ervoor zorgen dat iedere patiënt op een voor hem of haar veilig moment wordt ontslagen.

Wij zijn er van overtuigd dat het werken aan het optimaliseren van de orthopedische zorgpaden (ofwel klinische paden), het welbevinden, welzijn én herstel van patiënten verbetert, complicaties en heropnamen zoveel mogelijk worden voorkomen en dus kan resulteren in betere en betaalbare zorg!

Niels Stolk, HCl, Biomet

¹ Sermeus W. en K. Vanhaecht: Wat zijn Klinische Paden? In Acta Hospitalita 2002-3.

² Vanhaecht, K., De Witte, K. Sermeus, W. (2007). The impact of clinical pathways on the organisation of care processes. PhD dissertation KULeuven, 154pp, Katholieke Universiteit Leuven.

De uitslag van de stemkastjes

(Aantal aanwezige personen 325)

Aanwezige personen waarvan:

- Man 77%
- Vrouw 23%

Functies:

- Orthopedisch chirurg 6%
- Anesthesioloog 3%
- Manager 8%
- Verpleegkundige 35%
- Fysiotherapeut 24%
- Student 3%
- Overige 21%

Waar bent u het meest benieuwd naar?

- Hoe RR te implementeren 19%
- Visie van de sprekers 20%
- Praktijkvoorbeelden 29%
- Breakout sessies 5%
- Laat me verrassen 25%
- Catering 2%

Wordt er in uw organisatie al gewerkt met Rapid Recovery?

- Ja 65%
- Nee 18%
- We zijn aan het implementeren 17%

Breakout vragen S. Vehmeijer:

1. Wat vormt de grootste barrière om Rapid Recovery te implementeren?

- Weerstand bij anesthesiologen 47%
- Weerstand bij orthopeden 16%
- Weerstand bij de afdeling 16%
- Weerstand bij fysiotherapie 3%
- Weerstand bij management 15%
- Weerstand bij patiënt 3%

2. Is er in uw zorgpad een LIA protocol vastgelegd?

- Ja, bij kniën en heupen 25%
- Alleen bij kniën 54%
- Alleen bij heupen 0%
- Nee 19%
- Wat is LIA ook al weer 2%

3. In hoeverre worden de verpleegkundige protocollen opgevolgd?

- Altijd 52%
- Nooit 2%
- Ik vertrouw volledig op mijn klinische blik 7%
- Alleen als ik het zelf niet meer weet 8%
- Dit is onze grootste uitdaging 31%

4. Denkt u dat er snelle consensus over een uniforme nabehandeling wordt bereikt?

- Ja 25%
- Nee 45%
- Wel binnen de verpleegafdeling 25%
- Wel tussen de orthopeden en anesthesiologen 5%

5. Welke gegevens worden er nu verzameld?

- LOS, VAS, tevredenheid 56%
- PROMS en tevredenheid 28%
- Geen 3%
- Dat weet ik niet 13%

6. Op welke wijze worden PROMS verzameld?

- Op papier 20%
- Digitaal geloof ik 22%
- Digitaal met een redelijke update 37%
- Dat weet ik niet, maar vlgs. mij via de afd. kwaliteit 21%

7. Hoe creëer je de 'buy-in' van de diverse betrokkenen bij het proces?

- Door ze te betrekken 72%
- Dat wordt een uitdaging 24%
- Is dat echt nodig 1%
- Dat weet ik niet 3%

8. LIA is gewoon een kwestie van doen!

- Ja 24%
- Ja, maar er zijn regels 61%
- Ik weet het nog niet 8%
- Daar denkt mijn team anders over 7%

Afsluiting Vehmeijer:

Bent u geïnspireerd om in uw eigen organisatie dingen te gaan veranderen?

- Jazeker en ik weet al wat de rest moet doen 27%
- Nee, we doen het al uitstekend 9%
- Ja, maar ik heb daar wel anderen bij nodig 64%
- Nee, het wordt toch niets bij ons 0%

Welk programma onderdeel sprak u het meeste aan?

- Blok 1. First Better, then faster 34%
- Blok 2. Belemmerende factoren 15%
- Breakout sessies 11%
- Blok 3. Blik op de toekomst 40%

Voldeed deze dag aan uw verwachtingen?

- Het overtrof mijn verwachtingen 20%
- Ja, helemaal 79%
- Nee, helaas niet 1%



Interview met Dr. J. Jansen orthopedisch chirurg Rijnland Ziekenhuis, Leiderdorp

'Alle patiënten met een knie- of heupvervangende worden in het Rijnland Ziekenhuis via het Rapid Recovery programma behandeld, van jong tot oud. Het is voor iedereen gunstig.'

Dr. Jansen is inmiddels 3 jaar bezig met Rapid Recovery (RR) in het Rijnland Ziekenhuis. Hij is met RR in aanraking gekomen in het buitenland. Tijdens zijn fellowship (Orthopedie en Trauma chirurgie in het Southend University Hospital & University College Hospital in Londen) heeft hij op het Rapid Recovery Symposium in Londen met prof. Kehlet hierover gesproken en zo is hij enthousiast geworden dat hij er bij terugkomst in Nederland (2011) gelijk mee aan de slag is gegaan.

Vooral het teamwerk en de zichtbare verbetering van het welbevinden van patiënten zijn voor dr. Jansen van belang. Het grootste voordeel dat dr. Jansen ziet is een duidelijke vermindering van pijn en misselijkheid van de patiënt.

Het starten met het Rapid Recovery programma vraagt veel veranderingen van mensen in hun denken, gedrag en handelen, waardoor het creëren van draagvlak een absolute must is. Bij terugkomst in Nederland is dr. Jansen dan ook allereerst begonnen met het creëren van draagvlak binnen de organisatie, bij anesthesiologen, polikliniekmedewerkers, verpleegkundige op de afdeling, fysiotherapeuten etc.

Rapid Recovery is een continu proces dat onderhouden moet worden. Er moet goed worden samengewerkt binnen het team en ook goed worden gecommuniceerd. Alle patiënten met een knie- of heupvervangende worden in het Rijnland Ziekenhuis via het Rapid Recovery programma behandeld, van jong tot oud. Het is voor iedereen gunstig.

De samenwerking met Biomet heeft dr. Jansen als zeer waardevol ervaren. Tijdens stuurgroepvergaderingen kwamen allerlei vragen naar voren, waarbij de expertise van de Biomet-medewerkers (afdeling HCI) erg werd gewaardeerd. Biomet heeft erg veel kennis en ervaring op het gebied van Rapid Recovery en is bij meerdere programma's in verschillende ziekenhuizen ook betrokken. De expertise van Biomet-medewerkers is voor dr. Jansen zeker van toegevoerde waarde.

Als een doorontwikkeling van het Rapid Recovery programma ziet dr. Jansen dat een ieder die binnen het Rapid Recovery programma werkt eenzelfde doel heeft en er ook meer zelfsturing plaatsvindt, dat mensen meer als vanzelfsprekend zaken gaan oppakken. Advies van dr. Jansen: 'Doe het met elkaar. Begin met het creëren van draagvlak en betrek iedereen erbij. Zie het als een leuk en uitdagend proces. Gebruik de ervaring van het HCI team, wat bij Rapid Recovery veranderingen erg goed van pas komt!'

De mensen van Health Care Initiatives (HCI)

Binnen Biomet is Health Care Initiatives het team dat zich onder andere bezighoudt met de implementatie en ontwikkeling van zorgprogramma's zoals: Rapid Recovery, Joint Care en Collum Care.

Ons team, dat 17 jaar geleden is opgericht, bestaat inmiddels uit 5 personen. Door onze betrokkenheid bij inmiddels meer dan 80 zorgpadimplementaties in Nederland en de mogelijkheid om terug te vallen op internationale collega's zijn wij op de hoogte van vele nationale en internationale best practices in de orthopedische zorg. Wij werken op basis van het idee dat het optimaliseren van zorg gezondheidswinst oplevert en veelal kosten reduceert en dat verbetering alleen kan worden bereikt door multidisciplinaire samenwerking. Werkend vanuit de vraag: 'Waarom doet u wat u doet?' proberen we tradities te doorbreken en het beter te maken voor patiënt, medewerker en organisatie.

Als u hierover met ons van gedachten wilt wisselen, laten we ons graag uitnodigen.

Suzanne, Wil, Rutger, Toine en Niels

What makes Rapid Recovery unique?



Interview met prof. H. Kehlet, hoogleraar chirurgie aan de Universiteit van Kopenhagen

Prof. Kehlet, de grondlegger van het 'fast track' chirurgie programma, vindt het mooie van Rapid Recovery (RR) dat er voor alle aspecten van het zorgproces aandacht is en men zaken wil verbeteren/optimaliseren. Hierbij wil hij benadrukken dat het bij Rapid Recovery niet gaat om de snelheid van de behandeling, maar om een snel herstel van de patiënt! 'RR is beyond the length of stay'.

Het startpunt van de ontwikkeling van het Rapid Recovery, ook wel bekend als het 'fast track' programma, ligt in Denemarken en het is daarna in Nederland geïntroduceerd. De stand van zaken is in Nederland vergelijkbaar met die in Denemarken. In de kern gaat het om verwachtingen 'managen'.

Omdat de doelgroep van Rapid Recovery (heup- en kniepatiënten) een relatief grote omvang heeft is het een betrouwbaar onderzoeksgebied en kan er goed geëvalueerd worden (grote onderzoekspopulatie). In het RR-programma wordt veel aandacht besteed aan alle aspecten zoals: het preoperatieve proces ('mindset' van de patiënt), pijn en risicovrij opereren, het post-operatieve proces, het ontslag en de periode van herstel thuis. In Nederland wordt hard gewerkt aan het continu verbeteren en verspreiden van de kennis binnen het RR-proces.

'Het unieke van dit symposium is dat alle aspecten van RR aan de orde komen, en voor een brede doelgroep is georganiseerd.'

Prof. Kehlet gelooft dat RR voor alle patiënten beter is. Vooral ook voor de wat oudere patiënten is het geschikt, omdat het complicaties vermindert, pijn en misselijkheid minder zijn en patiënten sneller herstellen en weer in hun vertrouwde situatie terug komen.

Grootste obstakel bij de implementatie van RR is het tot stand brengen van verandering ('resistance to change'). Alle mensen betrokken bij het RR-programma moeten hetzelfde werken. Om verwarring bij patiënten te voorkomen kan het niet zo zijn dat een verpleegkundige bijvoorbeeld tegen de patiënt zegt: 'Blijf u maar lekker in bed liggen'. Terwijl een fysiotherapeut het tegendeel beweerd. Het is belangrijk dat iedereen hetzelfde zegt en dezelfde kennis heeft.

Prof. H. Kehlet

Prof. Kehlet's onderzoeksinteresses hebben zich gericht op chirurgische pathofysiologie, acute pijn fysiologie en de behandeling, de overgang van acute naar chronische pijn, post-operatieve vermoeidheid en orgaanfalen. Deze inspanningen hebben bijgedragen aan het concept van 'fast track chirurgie' met het doel een 'pijnloze en en risicovrije ingreep' te bereiken. Prof. Kehlet heeft meer dan 700 wetenschappelijke artikelen gepubliceerd en meer dan 250 lezingen op internationale wetenschappelijke bijeenkomsten gegeven.

Het is inmiddels voldoende aangetoond dat veranderingen in de perioperatieve zorg voor heup- en knie vervangende operaties volgens de 'fast track methode' of het RR-programma het gemiddeld aantal opnamedagen (LOS) kan verminderen tot ongeveer 1 tot 4 dagen. Belangrijke factoren om deze resultaten te bereiken zijn onder andere: preoperatieve patiëntenvoorlichting, geoptimaliseerde anesthesie en analgesie, snelle mobilisatie en een verbeterde organisatiestructuur met multidisciplinaire samenwerking.

Echter, na deze doelen te hebben bereikt, blijft er een aantal kwesties over die moeten worden opgelost, ontwikkeld en geïmplementeerd om het uiteindelijke resultaat voor de patiënt te verbeteren. Deze zaken betreffen onder andere; de focus op het type heropnames, het identificeren van bepaalde hoog-risico patiënten, die een alternatieve behandeling zouden moeten ondergaan, het risico van vallen, luxaties, fracturen, postoperatieve orthostatische intolerantie en cognitieve disfunctie, optimalisatie van trombo embolische profylaxe en postklinische pijnstilling, alsmede evidence based beleid voor blaaskatheterisatie, het definiëren van een optimale vorm van fysiotherapie, etc.

Concluderend kan gesteld worden dat Rapid Recovery bestaat uit de implementatie van evidence based zorg tijdens de (korte) ziekenhuisopname, maar dat de echte uitdaging zit in de beantwoording van de vraag 'Wat gebeurt er na ontslag?', om zo te komen tot pijn- en risicovrije heup- en knie-ingrepen.

Referenties

- Husted H, Lunn TH, Troelsen A, Gaarn-Larsen L, Kristensen BB, Kehlet H. Why still in hospital after 'fast track' hip and knee arthroplasty? Acta Orthop 2011;82:679-684.
- Malviya A, Martin K, Harper I, Muller SD, Emmerson KP, Partington PF, Reed MR. Enhanced recovery program for hip and knee replacement reduces death rate. Acta Orthop 2011;82:577-581.
- Grosu I, Lavand'homme P, Thienpont E. Pain after knee arthroplasty: an unresolved issue. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2013 (Epub).
- Jørgensen CC, Jacobsen M, Søballe K, Hansen TB, Husted H, Kjaersgaard-Andersen P, Hansen L, Laursen M, Kehlet H. Short thromboprophylaxis after 'fast track' hip and knee arthroplasty. A detailed prospective consecutive unselected cohort study. BMJ Open 2013;3:e003965.
- Kehlet H, Thienpont E. 'fast track' knee arthroplasty - status and future challenges. The Knee 2013;20, Supplement 1:S29-S33.
- Kehlet H. 'fast track' hip and knee arthroplasty. Lancet 2013;381:1600-1602.
- Lunn TH, Kehlet H. Perioperative glucocorticoids in hip and knee surgery - benefit vs. harm? A review of randomized clinical trials. Acta Anaesthesiol Scand 2013;57:823-834.
- Kehlet H, Jørgensen CC. Patient safety in 'fast track' total hip and knee replacement. In: Bentley G, editor. European Instructional Lectures. 15th EFORT Congress. London, United Kingdom Springer, 2014. pp. 147-151.
- Andersen LO, Kehlet H. Analgesic efficacy of local infiltration analgesia in hip and knee arthroplasty: a systematic review. Br J Anaesth 2014 (in press).

'The Rijnland Experience'

Dr. J. Jansen, orthopedisch chirurg Rijnland Ziekenhuis, Leiderdorp

Invoering van Rapid Recovery (RR) vraagt om veranderingen in denken en gedrag van mensen. Veranderen is voor veel mensen lastig. De uitspraak: 'Verandering komt op gang als de "pijn van het heden" groter is dan de "angst voor de toekomst"...' is voor Jansen de kern om te veranderen.

Vóór RR betekende de pijn van het heden: de ernstige postoperatieve misselijkheid en het braken van patiënten op de afdeling orthopedie.



Patiënten die een totale heup- of knie vervangende operatie ondergaan, waren lastige patiënten voor het pijn team en de anesthesist. De 'angst voor de toekomst' kan worden uitgelegd als onzekerheid van wat er kan gaan veranderen (van buitenaf) en de veiligheid voor de patiënten. Bij RR gaat het om samenwerken met een geheel team van medewerkers (multidisciplinair): orthoëed, anesthesist, fysiotherapeut, pijn team, apotheek, afdeling Orthopedie, transferafdeling, operatiekamer, polikliniek Orthopedie, polikliniek Anesthesie en voorlichting.

Het gaat bij RR om het optimale herstel na de heup- of knie vervangende ingreep, waarbij het welbevinden van de patiënt centraal staat. Het gaat niet zozeer om sneller, maar allereerst om beter! Je moet je eigenlijk afvragen: 'Waarom is deze patiënt in het ziekenhuis en wat kan er beter?' RR is er voor alle patiënten die worden gepland voor een primaire heup- of knieprothese, er zijn géén exclusiecriteria en het programma is ook geschikt voor hemi- en patellofemorale knieprothese.

Het RR-protocol van het Rijnland Ziekenhuis bestaat uit medische optimalisatie en organisatorische verbeteringen. Bij medische optimalisatie kan worden gedacht aan een verbeterd pijnprotocol (opiatvrij met zenuwpijnremmers, verdoving rondom het gewricht, angst- en stressvermindering), het weglaten wat de patiënt op bed houdt (dus geen drains, catheter, of pijnpomp), een verbeterd protocol ten aanzien van misselijkheid en braken, betere vulling en voeding, betere stolling en minder hematomen, vroege mobilisatie, minder complicaties terwijl dezelfde ontslagcriteria worden gehanteerd.

Voor de organisatorische verbeteringen kan worden gedacht aan: verbetering van de patiëntvoorlichting (infomap en film), het voorkomen van 'pyjama verlamming' (in bed blijven liggen), snelle mobilisatie met fysiotherapeut (4 uur na operatie) en betere afstemming: opname - operatie - ontslag, door multidisciplinaire samenwerking.

In het Rijnland Ziekenhuis is onderzoek gedaan naar het effect van RR in de periode september 2012 - maart 2013, waarbij de onderzoekspopulatie bestond uit 73 patiënten inclusie 'oud' (september 2012 - november 2012) en 69 patiënten inclusie 'RR' (december 2012 - maart 2013). Resultaten van het onderzoek laten zien dat patiënten in de RR-onderzoeksgroep, in vergelijking met de "oude" onderzoeksgroep:

- minder pijn hadden na 8, 16 en 24 uur ($p < 0,05$)
- minder misselijk waren, van > 60% naar < 10%
- minder braakten

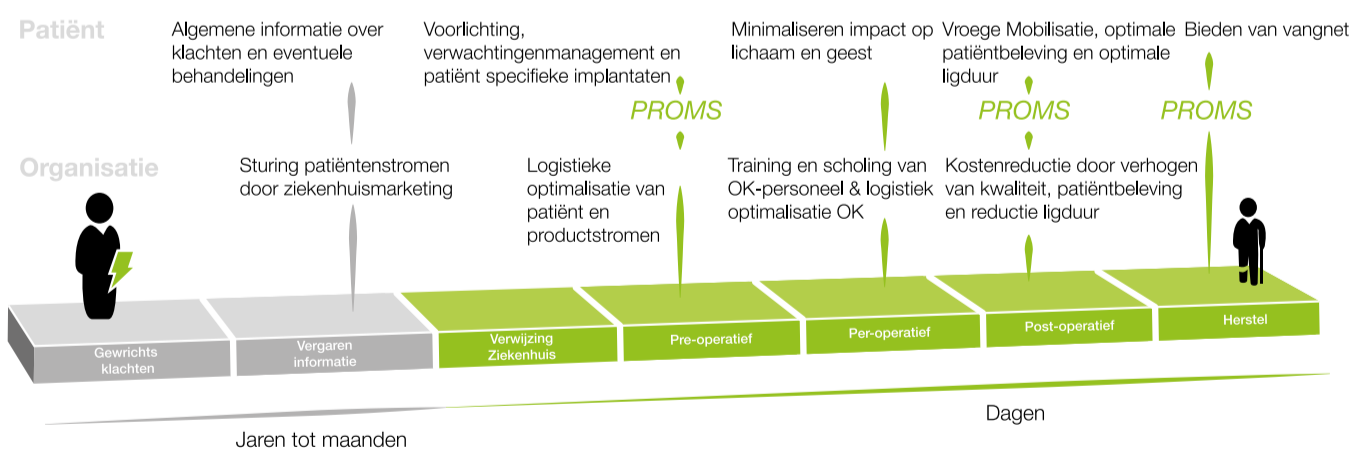
Ook was er minder opiaatgebruik, een kortere ligduur, een hogere patiënttevredenheid en de medewerkers waren ook meer tevreden.

Dr. Jansen concludeert dat RR leidt tot een optimaal welbevinden en herstel na een heup- of knieprothese. Als men wil starten met dit verandertraject is het creëren van draagvlak van groot belang, want RR betekent samenwerken in een multidisciplinaire team, waarbij ook de patiënt actief moet worden betrokken bij zijn eigen herstel. Vaak wordt gedacht dat bij RR snelheid voorop staat, maar dat is niet waar: **'Eerst beter, en dan pas sneller!'**

Tijdpad Implementatie Rijnland Ziekenhuis:

- Feb 2011 Biomet International Hip meeting Amsterdam (Kehlet & Husted)
- Nov 2011 RR Symposium Berlijn (met HCI team)
- Dec 2012 Maatschapsvergadering orthopedie (draagvlak collega's)
- Jan 2012 Onderwijs ortho/anesthesie/afd/poli (staf, ass & PA's)
- Mrt 2012 Multidisciplinaire RR meeting Leiderdorp (procesanalyse)
- Apr 2012 Start stuur- & werkgroepen (poliklinisch & klinisch pre-/peri-/postop)
- Nov 2012 Eerste patiënt behandeld vlg RR (door senior orthoëed maatschap)
- Apr 2013 Rapid Recovery Symposium Den Haag (bezoek met collega's)
- Jun 2013 Officiële opening Rijnland Rapid Recovery (Overhandiging patiënt info mappen aan RvB & vertoning patiënt film)
- Okt 2013 Rijnland Fysiotherapie Symposium (onderwerp: 'Rapid Recovery' voor fysio's & huisartsen)
- Nov 2013 European Expert Forum Praag (kennissuitwisseling met andere RR centra)

Ondertussen een belangrijke standaard in de behandeling van orthopedie patiënten

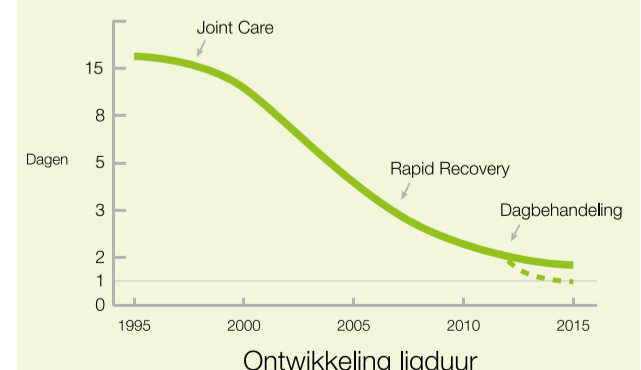


Het Joint Care Programma is geïntroduceerd in april 1998 en sindsdien uitgegroeid tot het voorbeeld van zorgvernieuwing, waarbij kwaliteitsverbetering de sleutel is tot patiënttevredenheid en kostenreductie.

Het Joint Care gedachtegoed is verder doorontwikkeld tot het Rapid Recovery Programma, waar met de laatste inzichten in anesthesie, pijnbehandeling, PONV (Post Operative Nausea & Vomiting) & bloedmanagement, etc., een snelle mobilisatie wordt beoogd die het herstel positief beïnvloed.

De Rapid Recovery inzichten zijn universeel en kunnen vertaald worden naar verschillende andere indicaties. Biomet heeft programma's ontwikkeld voor fragiele patiënten met een heupfractuur (Collum Care), en patiënten met rug- en schouderklachten.

Invloed van geïmplementeerde zorgprogramma's op gemiddelde ligduur



Tradities

Dr. H. Verburg, orthopedisch chirurg Reinier de Graaf Gasthuis, Delft



Het woord 'traditie' wordt in de Van Dale omschreven als: 'Oude gewoonte van een (grote) groep mensen'. Ook de orthopedie is doorspekt met tradities en traditioneel handelen, preoperatief, in de OK, op de verpleegafdeling en bij ontslag. Als er geen wetenschap over is noemen we het traditie, 'Omdat we het altijd zo doen ...' Om te kijken of er in de orthopedie inderdaad sprake is van tradities wordt een aantal vragen/stellingen voorgelegd aan de deelnemers, waar zij door middel van stemkastjes antwoord op kunnen geven.

Opvallend is dat maar 5,5% van de aanwezigen weet dat een oefenprogramma voorafgaand aan een totale heupprothese (THP) de pijn reduceert en de functie verbetert, maar dat dit niet geldt bij een totale knieprothese (TKP). De meerderheid denkt dat een oefenprogramma voor beide ingrepen geen effect zou hebben. Dat er geen relatie bestaat tussen hogere verwachtingen van patiënten voor een TKP-operatie en tevredenheid is voor de meerderheid wel duidelijk (76%).

79,2% Weet dat een jodiumhoudende adhesive drape (afdek materiaal) niet minder contaminatie van de wond tot gevolg heeft. Bijzonder was dan ook dat op de vraag; wie van de aanwezigen ondanks deze kennis toch nog gebruikt maakt van dergelijke drapes, bijna de helft van de aanwezigen de hand op steekt! Ook weet de meerderheid (52%) dat het gebruik van een tourniquet (bloedleegband) minder bloedverlies geeft rond de TKP-operatie; 48% is hier niet van op de hoogte. Een krappe meerderheid (52%) weet dat het gebruik van zowel een buitenmes als een binnenmes minder contaminatie van de wond geeft. 48% wist dat in eerste instantie niet, maar weet dat nu wel. Een 'zuignuis' dient regelmatig verwisseld te worden, hopelijk doet 48% van de aanwezigen dat na dit symposium wel. Dat handschoenen gewisseld dienen te worden na het cementeren weet gelukkig 84% van de aanwezigen. Ook weten de meesten wel (72%) dat het gebruik van een tourniquet tijdens het incementeren van de knieprothese geen beter cementeringsresultaat geeft.

Een ruime meerderheid (63%) is er van op de hoogte dat de lokale infiltratie analgesie (LIA) geaccepteerd is door de Nederlandse Vereniging Voor Anesthesiologie (NVA) en de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) als vorm van pijnbestrijding bij een TKP-operatie en deze worden aanbevolen in hun concept Richtlijn. Een minderheid (46%) is bekend met een recent onderzoek dat heeft aangetoond dat door autologe bloedtransfusie drains (Bellovac) het aantal allogene bloedtransfusies bij THP en TKP niet vermindert; het bleek geen verschil te maken. 63% Is er van op de hoogte dat er regelmatig visite dient te worden gelopen om te kijken of je patiënt aan ontslagcriteria voldoet om naar huis te kunnen gaan. Mobiele telefoons zijn een bron van contaminatie (91%) en dus moet je je handen schoonmaken, en na gebruik ook je mobieltje. Er is wel veel geschreven over een 'lekkende wond' en wat abnormaal is, maar een goede definitie is er niet (80%). Ook heeft onderzoek aangetoond dat het effect van CPM (Continuous Passive Motion) minimaal is om de functie van de geopereerde knie te verbeteren. Het is veel beter mensen zelf te laten oefenen dan door middel van een 'mobiele mat' (82% heeft dit juist). Bij RR wordt de CPM al lang niet meer gebruikt.

De Range of Motion (ROM) van de geopereerde knie is geen goed ontslagcriterium weet 81%. Onderzoek heeft aangetoond dat de ROM niet zo van belang is, de verschillen zijn na een jaar geheel weg. Die 90 graden flexie halen is dus niet van belang als ontslagcriterium. Ook is er geen bewijs dat de eerste weken na een THP-operatie de patiënt zijn been niet dient te adduceren om het risico op een luxatie te verminderen (38% heeft dit juist). Het is waarschijnlijk traditie, uit angst geboren, bepaalde bewegingen niet te doen. Of het goed gaat met de patiënt als die eenmaal thuis is weten we eigenlijk niet. Er zijn veel klinische onderzoeken gedaan, maar nog weinig tot geen poliklinische onderzoeken. Dat is voor de toekomst een mooie uitdaging!

Stemresultaten

Preoperatief:

- 1. Een oefenprogramma voorafgaand aan een THP- of TKP-operatie reduceert de pijn en verbetert de functie**
- | | |
|----------------------------------|-----|
| - waar voor THP en TKP | 30% |
| - waar voor THP en niet voor TKP | 6% |
| - niet voor THP en waar voor TKP | 11% |
| - niet waar voor THP en TKP | 53% |
- Waar voor THP en niet waar voor TKP**

- 2. Hogere verwachting van de patiënt voor een TKP-operatie geeft meer tevredenheid van de patiënt**
- | | |
|-------------|-----|
| - waar | 24% |
| - niet waar | 76% |
- Niet waar**

OK:

- 3. Een jodiumhoudende adhesive drape (afdek materiaal) geeft minder contaminatie van de wond**
- | | |
|-------------|-----|
| - waar | 21% |
| - niet waar | 79% |
- Niet waar**

- 4. Gebruik van een tourniquet (bloedleegband) geeft minder bloedverlies bij een TKP-operatie**
- | | |
|-------------|-----|
| - waar | 48% |
| - niet waar | 52% |
- Niet waar**

- 5. Het gebruik van zowel een buitenmes als een binnenmes geeft minder contaminatie van de wond**
- | | |
|-------------|-----|
| - waar | 52% |
| - niet waar | 48% |
- Waar**

- 6. 'Zuignuis' dient ieder uur verwisseld te worden**
- | | |
|-------------|-----|
| - waar | 52% |
| - niet waar | 48% |
- Waar**

- 7. Handschoenen dienen gewisseld te worden na het cementeren**
- | | |
|-------------|-----|
| - waar | 84% |
| - niet waar | 16% |
- Waar**

- 8. Het gebruik van een tourniquet tijdens het incementeren van de knieprothese geeft een beter cementeringsresultaat**
- | | |
|-------------|-----|
| - waar | 28% |
| - niet waar | 72% |
- Niet waar**

Verpleegafdeling:

- 9. Lokale Infiltratie Analgesie (LIA) is thans geaccepteerd door de Ned. Ver. voor Anesthesiologie (NVA) en Ned. Orthopaedische Vereniging (NOV) als de vorm van pijnbestrijding bij een TKP operatie**
- | | |
|-------------|-----|
| - waar | 63% |
| - niet waar | 37% |
- Waar**

- 10. Autologe bloedtransfusie drains (Bellovac) verminderen het aantal allogene bloedtransfusies bij THP en TKP**
- | | |
|-------------|-----|
| - waar | 54% |
| - niet waar | 46% |
- Niet waar**

- 11. De visite dient na het ochtendrapport gelopen te worden**
- | | |
|-------------|-----|
| - waar | 63% |
| - niet waar | 37% |
- Waar**

- 12. Mobiele telefoons zijn een bron van contaminatie**
- | | |
|-------------|-----|
| - waar | 91% |
| - niet waar | 9% |
- Handen schoonmaken na telefoongebruik: handen en mobiel wassen!**

- 13. Er is een goede definitie van een lekkende wond**
- | | |
|-------------|-----|
| - waar | 20% |
| - niet waar | 80% |
- Niet waar**

- 14. CPM (Continuous Passive Motion) is een goed hulpmiddel om de functie van de geopereerde knie te verbeteren**
- | | |
|-------------|-----|
| - waar | 18% |
| - niet waar | 82% |
- Niet waar**

Ontslag:

- 15. De Range of Motion (ROM) van de geopereerde knie is een ontslagcriterium**
- | | |
|-------------|-----|
| - Waar | 19% |
| - Niet waar | 81% |
- Niet waar**

- 16. De eerste weken na een THP-operatie dient de patiënt zijn been niet te adduceren om het risico op een luxatie te verminderen**
- | | |
|-------------|-----|
| - Waar | 62% |
| - Niet waar | 38% |
- Niet waar**

- 17. Als de patiënt eenmaal thuis is, gaat het goed**
- | | |
|-------------|-----|
| - waar | 30% |
| - niet waar | 70% |
- ?**

Urineretentie

Dr. B. Schrier, uroloog, Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch

Wat dr. B. Schier aanspreekt bij Rapid Recovery: 'Eerst beter en dan sneller! Binnen de urologie zeggen we vaak 'Going fast by going slowly' en daar lijkt het wel een beetje op'.

Urineretentie is vaak een indicatie voor catheterisatie. Het gaat er om hoeveel urine achterblijft in de blaas. Vooral rond de carnaval, als er veel wordt gedronken, is er vaak sprake van urineretentie en is iemand enorm geholpen bij een eenmalige catheterisatie.

In de plaats van het woord 'urineretentie', wordt ook vaak het woord 'blaasretentie' gebruikt. Men bedoelt hiermee hetzelfde, maar het betekent niet hetzelfde. 'Retentie' betekent achterhouden, dus het achterhouden van urine noemen we urineretentie.

Catheterisatie moet zoveel mogelijk worden voorkomen, omdat 40% van de ziekenhuisinfecties als oorzaak een blaascatheterisatie heeft. Niet iedereen met een catheter krijgt direct een infectie, de kans daarop is 10% per dag. Dus als iemand 10 dagen een catheter heeft is de kans 100%. Als de urine wordt nagekeken zit er altijd iets in, maar dat hoeft niet altijd te worden behandeld. Alleen als de patiënt klachten,

bijvoorbeeld koorts, heeft. Als de catheter wordt verwijderd, nadat deze er bijvoorbeeld drie dagen heeft gezeten, is het raadzaam drie dagen lang antibiotica te geven, omdat de kans op infectie groot is. Bij eenmalige catheterisatie is antibiotica niet nodig.

Catheterisatie willen we dus voorkomen om infecties te voorkomen, maar ook om fausse route (valse route) te voorkomen. Gelukkig zijn de meeste verpleegkundigen ervaren met het aanbrengen van catheters, zodat er nog maar in 0,3% van de gevallen sprake is van fausse route.

Een derde reden om catheterisatie zoveel mogelijk te voorkomen is dat 11% van alle urethraplastieken het gevolg is van catheterisatie. En dat is geen prettige operatie; een stukje mondslijmvlies wordt gebruikt om een nieuwe plasbuis te maken.

Bij een kortdurende spinaal is geen catheterisatie nodig. Het is raadzaam vóór het starten van de operatie de blaas zo veel mogelijk leeg te plassen. Gemiddeld produceer je 50-100 ml urine per uur en de blaascapaciteit is rond de 800 ml. Bij gemiddeld 400 ml urine in de blaas krijg je aandrang om te gaan plassen, maar hierin bestaat veel variatie onder patiënten.

Ca. 4-6 uur na het begin van de operatie heb je <400 ml urine geproduceerd en kan je over het algemeen afwachten. Als het plassen nog niet lukt is het bij 500 ml of meer urine in de blaas wel raadzaam eenmalig te catheteriseren, maar vergeet ook daarbij niet naar de individuele patiënt te kijken.

Als de patiënt direct na de operatie minder dan 300 ml plast met een residu van minder dan 100 ml, dan is het in principe klaar. De patiënt moet wel meer plassen dan er in de blaas achterblijft. Heeft de patiënt 100-400 ml urine in de blaas, dan is het raadzaam de patiënt te motiveren te drinken. Maar kijk ook wat de patiënt gewend is. Het liefst na iedere plasping kijken wat er over blijft, dmv een bladder scan.

Catheters zijn er in vele vormen en maten. Over het algemeen wordt er gedacht dat als het inbrengen van een catheter niet zo eenvoudig gaat, er een dunnere catheter moet worden gebruikt. Dat is niet waar, het is juist raadzaam dan een wat dikkere te gebruiken. Voor mannen is een catheter van ch 16 gangbaar. Gebruik altijd voldoende glijmiddel. De grootste fout die wordt gemaakt is het gebruik van meerdere soorten glijmiddel en dat geeft juist wrijving! Het effect lijkt dan eerder op een lijm dan op glijmiddel en wordt niet als heel prettig ervaren. Gebruik dus altijd één soort glijmiddel.

Postoperatieve pijn en misselijkheid. Veilig uit en thuis

Dr. N. van Dasselaar, anesthesioloog-pijnspecialist, Reinier de Graaf Gasthuis, Delft

Rapid Recovery (RR) is eigenlijk een heel oud principe, al in 1918 werden trajecten beschreven met betrekking tot vroeg mobiliseren. De afgelopen jaren is een behandeling van twee weken getransformeerd naar een 24 uren behandeling. Belangrijke vragen zijn: 'Wat is de doelgroep voor RR?' en 'Wat zijn de risico's?'. Veiligheid is zeer belangrijk. Wanneer patiënten naar huis gaan, moeten ze daadwerkelijk veilig naar huis gaan. Van te voren moet goed met de patiënten worden besproken wat de verwachtingen zijn. Je moet voorbereid zijn op wat er mis kan gaan. Voordat de patiënten naar huis gaan is een aantal zaken van belang, zoals: is er veel pijn postoperatief, hoe is het met de misselijkheid en is er sprake van verwarring?

Waarom zijn mensen nog in het ziekenhuis? Met name pijn, duizeligheid en misselijkheid zorgen voor een langere opnametijd. Het is belangrijk dat de postoperatieve pijn goed wordt behandeld. Veel mensen hebben ernstige pijn na de operatie. Postoperatieve pijn wordt onderbehandeld en hoewel er veel onderzoek naar is gedaan, wordt er in de praktijk relatief weinig aandacht aan besteed.

Uit een onderzoek van 165 gepubliceerde internationale studies (Dolin SJ et al. Br J Anaesth 2002;89:409-23) komt naar voren dat ruim 30% van de mensen postoperatief matige tot ernstige pijn ondervindt en bijna 11% ernstige pijn. Uit onderzoek naar postoperatieve pijn na dagchirurgie blijkt dat 45% van de patiënten pijn ondervond na ontslag (Wu et al. Anesthesiology 2002;96:994-1003). Er zijn enkele duizenden artikelen in de laatste tien jaar verschenen die de grote belangstelling aangeven van zowel anesthesiologen als chirurgen voor de postoperatieve pijnbestrijding. Het is daardoor moeilijk te begrijpen dat, ondanks de getoonde inspanningen, de meeste artikelen geen significante verbeteringen laten zien in de dagelijkse praktijk.

Wel blijkt dat het gebruik van medicatie en de pijnstillings-technieken zijn verbeterd. Dit wijst erop dat diverse boodschappen (onder andere de effectiviteit van 'balanced analgesia' en het gebruik van regionale blokkades) zijn gehoord.

Het is dus opmerkelijk dat er weinig aandacht wordt besteed aan postoperatieve pijn, mede ook omdat effectieve pijnbehandeling het risico op complicaties vermindert en patiënten meer tevreden zijn. Postoperatieve chronische pijn wordt ontwikkeld bij 30% van de mensen. Chronische pijn kan echt invaliderend zijn. Redelijk jonge vrouwelijke patiënten met licht overgewicht hebben het meest te maken met deze postoperatieve chronische pijn bij de knieën. De knie geeft meer problemen dan de heup. Meer aandacht zou dan ook moeten uitgaan naar de postoperatieve pijn na een knieoperatie. Mensen die een knieprothese krijgen en te maken hebben met chronische postoperatieve pijn, hebben ook voorafgaand aan de operatie meer pijn. In ernstige gevallen komen de patiënten in het Reinier de Graaf Gasthuis voor behandeling van deze chronische pijn.

Vaak wordt vergeten gewoon simpelweg te vragen naar de pijn en naar de soort pijn. Verschillende soorten pijn moeten afzonderlijk van elkaar worden behandeld. Weefselpijn, botpijn of zenuwpijn zijn fundamenteel anders. Een klein gedeelte bestaat maar uit zenuwpijn. Aanwezigheid van zenuwpijn is eenvoudig te bepalen door het stellen van een paar vragen. Op het moment dat men gaat bewegen neemt de zenuwpijn toe, waardoor men minder geneigd is te gaan bewegen, hetgeen voor het herstel juist van belang is.

Dr. van Dasselaar stelt voor om preoperatief patiënten met een verhoogd risico op chronische pijn voor te behandelen, tijdens de operatie maatregelen te nemen, en ook postoperatief te handelen volgens bijvoorbeeld de protocollen die nu al in het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft worden gebruikt.



Lijm & Cultuur

Lijm & Cultuur te Delft, een creatief laboratorium met vele activiteiten, variërend van de olifanten van Renz tot de band van Roel van Velzen, was donderdag 12 juni 2014 het podium voor het tweede Rapid Recovery symposium in Nederland. Goed uitgekozen door de organisatie want wanneer er een innovatief onderwerp besproken wordt hoort daar een inspirerende locatie bij. Op een aantal facilitaire zaken na was de locatie zeer geliefd bij alle deelnemers. Lovende woorden zoals 'de entourage is geweldig' en 'heel anders dan een congresgebouw' illustreren de zonnige dag. Lijm & Cultuur was, zoals de naam al prijsgeeft, sinds 1885 een lijm- en gelatine fabriek. De fabriek doorstond oorlogen, crisissen, sociale veranderingen en een explosie. In 2003 voltrekt zich echter een bijzondere transformatie: van de productie van gelatine en lijm naar de productie van cultuur, kennis, verandering en innovatie.

Orthostatische intolerantie: snel op de been

Dr. R. van Beek, anesthesioloog, Westfriesgasthuis, Hoorn

Orthostatisch komt van de Griekse woorden 'orthós' en 'statikos': 'recht' en 'staan'. Orthostatische Intolerantie (OI) betekent dat je dat niet recht kunt staan. Intolerantie duidt op een cluster van symptomen. Het niet kunnen tolereren van een rechtopstaande houding - OI -, is een klinisch relevant probleem en een van de redenen voor vertraagd ontslag. OI heeft effect op de patiëntveiligheid maar is geen reden om de patiënt in bed te laten liggen. De probleemstelling bij OI bestaat uit een aantal onderdelen: mensen zijn minder snel op de been, zij hebben meer last van misselijkheid, braken en duizeligheid, en de veiligheid kan in gedrang zijn doordat ze de neiging hebben om te vallen. Dit kan uiteindelijk leiden tot een langere opname in het ziekenhuis.

OI wordt veroorzaakt door afwijkingen in de bloedcirculatie. Als men opstaat zakt het bloed naar de benen, daarbij speelt de zwaartekracht een rol. Het hart gaat harder pompen om weliswaar wat minder, maar toch nog voldoende bloed naar de hersenen te krijgen. Na het opstaan is er al na een of twee hartcycli een remming van de parasympaticus, en de hartslag gaat omhoog. Vervolgens wordt, na zeven tot acht hartcycli na het opstaan, de sympaticus geactiveerd, waardoor er een toename is van de vaatweerstand. De contractiliteit wordt hoger en als laatste komt er een

proces op gang - cerebrale autoregulatie -, waarbij het brein zelf zorgt voor een adequate zuurstofvoorziening.

Uit onderzoek van Jansen e.a.¹ blijkt dat zes uur na de 'fast track' heupoperatie, 42% van de patiënten last had van OI. Dat is echt een hele grote groep. Dit is niet alleen een probleem bij patiënten die een heupoperatie ondergaan maar ook bij andere operaties. Uit onderzoek van Bundgaard-Nielsen e.a.² blijkt dat na een radicale prostatectomie 50% van de patiënten na zes uur last heeft van OI, na 22 uur is dat nog 12%.

Bij borstkankerchirurgie (radicale mastectomie) heeft maar 4% procent last van OI (Müller e.a.³). Hier was klinisch geen probleem te zien, patiënten hadden er niet echt last van. Hoe dat komt is niet echt duidelijk.

Uit een onderzoek (Harsten e.a.⁴) naar de vraag of liberaal infuusbeleid beter is dan een restrictief beleid blijkt dat bij een liberaal beleid patiënten minder misselijk waren. Andere uitkomstvariabelen lieten geen verschil zien.

Uit datzelfde onderzoek komt naar voren dat algehele narcose beter is dan spinale narcose als je kijkt naar de OI. Patiënten hebben een hogere orthostatische functie (meer dan vijf meter kunnen lopen) en zijn minder misselijk en duizelig. Uit onderzoek van Husted e.a.⁵ waar is gekeken naar

de redenen waarom patiënten in het ziekenhuis blijven, blijkt dat dat komt door pijn, duizeligheid/IO en spierzwakte.

In het Westfriesgasthuis blijkt uit een studie van bijna 500 RR-patiënten waaronder 55% TKP en 45% THP, dat op dezelfde dag na OK 12,1% van de patiënten vijf meter, en 28,4% tien meter kunnen lopen. Daarentegen is het voor 4,3% van de patiënten niet mogelijk het bed te verlaten om diverse redenen. Van deze 500 patiënten is 79% binnen twee dagen ontslagen en 35% zelfs een dag eerder. De meeste patiënten blijven langer in het ziekenhuis dan nodig is, in verband met wondlekkages, duizeligheid, misselijkheid en pijnklachten.

Samenvattend: OI is een klinisch relevant probleem, waarvan nog niet geheel duidelijk is wat het veroorzaakt. Er zijn wel risicofactoren te noemen, maar weinig onderzoeken gaan over knie- en heupoperaties. Het is belangrijk om de patiënt goed te observeren: wat doet hij, ziet hij bleek, is hij aan het zweten?

Het voorkomen van een liggende houding helpt, Laat liever de patiënt eerst even zitten en gebruik loophulpmiddelen zoals een walker of krukken. Er is geen reden de patiënt in bed te laten liggen.

Tot slot is er meer onderzoek nodig naar pathofysiologie, preventie en therapie bij OI.

¹ Jansen, M. Bundgaard-Nielsen, S. Salgaard, P.I. Johansson and H. Kehlet. Orthostatic Intolerance during early mobilization after 'fast track' hip arthroplasty. British Journal of Anaesthesia 108(3): 436-43 (2012).

² Bundgaard-Nielsen M., C.C. Jørgensen, B. Ruhnu, N.H. Secher and H. Kehlet. Orthostatic intolerance and the cardiovascular response to early postoperative mobilization. British Journal of Anaesthesia 102(6): 756-62 (2009).

³ Müller R.G., Bundgaard-Nielsen M., Kehlet H. Orthostatic function and the cardiovascular response to early mobilization after breast cancer surgery. British Journal of Anaesthesia, 104(3): 298-304 (2010).

⁴ Harsten A., H. Kehlet, S. Toksvig-Larsen. Recovery after total intravenous general anaesthesia or spinal anaesthesia for total knee arthroplasty: a randomized trial. British Journal of Anaesthesia, 111(3): 391-9 (2013).

⁵ Husted H., Troels H. Lunn, Anders Troelsen, Lissi Gaarn-Larsen, Billy B. Kristensen and Henrik Kehlet. Why still in hospital after 'fast track' hip and knee arthroplasty? Acta Orthopaedica 2011; 82 (6): 679-684.



Zorg als maatpak

Dr. R. van Beek, anesthesioloog, Westfriesgasthuis, Hoorn

De meeste winst voor Rapid Recovery valt te behalen door het creëren van een groot draagvlak en door data sharing. Iedereen in het veranderingsproces moet een gelijke stem krijgen, zowel de orthopeed, als de anesthesioloog, als de fysiotherapeut, etc. In 2009 is van Beek begonnen met het opstellen van een anesthesiologieprotocol gebaseerd op de 'fast track' studies van prof. Kehlet.

Het bleek namelijk dat de patiënt erg misselijk was na de ingreep en er veel complicaties waren. Om dit zo snel mogelijk te verbeteren begon van Beek met het introduceren van

het anesthesiologieprotocol, twee jaar voordat hij met het team in 2012 gestart is met Rapid Recovery. In de toekomst ziet van Beek graag op maat gesneden zorg: 'Zorg als maatpak'. Met als aandachtsgedebieden: pijnstilling, zorg en postoperatieve behandeling, en de focus op de verwachting van de 'gast'. Wat wil de gast, de patiënt is namelijk meer een gast dan een zieke patiënt.

Rapid Recovery is een proces wat constant in beweging is, in 2009 was er versie 1.0 en nu zijn we bij versie 2.0. Hij ziet zijn rol als faciliterend naar verschillende kanten, met de patiënt en op de OK, en: 'Dat is het leukste werk'.

Drs. P. van der Woude, orthopedisch chirurg, Albert Schweitzer Ziekenhuis, Dordrecht (deelnemer symposium)

Een half jaar werkt Van der Woude inmiddels in het Albert Schweitzer Ziekenhuis. Als jonge orthopeed heeft Van der Woude, gelijk bij zijn start, het Rapid Recovery programma aan de orde gesteld. Hij is gesprekken gaan voeren om draagvlak te creëren. Grootste drijfveer voor Van der Woude was dat hij zag dat patiënten veel minder pijn hadden na de operatie en veel minder misselijk waren. Streven is dat het Albert Schweitzer Ziekenhuis 1 september 2014 gaat starten met het RR-programma.

Break

out sessies

Breakout, sessie 1: LIA in de praktijk

Dr. F. Rahusen, orthopedisch chirurg, (St. Jans Gasthuis in Weert) en R. Martens, (HCI, Biomet)

Lokale infiltratie analgesie (LIA) is een techniek die de laatste jaren veel aan populariteit heeft gewonnen. De Nederlandse Vereniging van Anesthesiologie (NVA) heeft zelfs in haar richtlijn 'Postoperatieve pijn' opgenomen dat LIA aan te bevelen is bij totale knieprothesiologie. In deze richtlijn staat dat infiltratie met 150 ml Ropivacaïne 2 mg/ml intraoperatief van het posterieure kapsel (50 ml), van het anterieure kapsel (50 ml) en van de subcutis (50 ml), een gebruikelijke dosering is. Toch is er nog niet écht een gouden standaard te benoemen voor deze techniek, er zijn veel verschillen in de uiteindelijke techniek en daarmee komen er ook veel vragen. 'Waar moet ik spuiten, hoe moet ik spuiten en hoe krijgen we uiteindelijk de spuiten in het steriele veld?'

De breakout sessie LIA is opgezet om vanuit de praktijk wat mogelijkheden te laten zien en hierover te discussiëren of vragen te stellen. De sessie begint met een presentatie van dr. Rahusen, waarin hij over zijn ervaringen met LIA vertelt. Daarbij komt de methode van het klaarmaken van de LIA spuiten aan bod, zoals die wordt gehanteerd in het St. Jans Gasthuis en het Orbis MC. De presentatie geeft een aardig beeld over hoe de LIA techniek zou kunnen worden gehanteerd. Duidelijk is dat LIA slechts een onderdeel is van Rapid Recovery; met alléén LIA ben je er nog niet! Een multidisciplinaire aanpak van de verandering waarbij LIA ondersteunend is aan de vroege mobilisatie en waarbij veel aandacht aan het verwachtingsmanagement van de patiënt moet worden besteed, blijft noodzakelijk.



Na de presentatie van dr. Rahusen neemt Martens het iBook 'LIA in de praktijk' door. In dit iBook staat veel informatie die verzameld is rondom LIA en de mogelijke technieken uit een aantal ziekenhuizen in Nederland.

Martens benadrukt dat dit iBook een 'levend document' is. Omdat er zoveel (kleine) verschillen zijn in de toepassing van LIA is het de bedoeling dat er uiteindelijk meer mogelijkheden in dit iBook worden opgenomen, en daarvoor is input van de lezers nodig. Het wordt dus een document voor gebruikers, door gebruikers, dat mogelijk een aanzet kan geven tot het komen tot consensus of een richtlijn wat de best te hanteren methode is.

De sessie wordt afgesloten met een praktische workshop waarin voorbeelden worden gegeven hoe de spuiten in het steriele veld te krijgen zijn. Daarbij wordt ook de mogelijkheid geboden om te discussiëren over hoe en waar het beste te injecteren.

Breakout, sessie 2: Verandermanagement

Mw. W. van der Gragt (Westfriesgasthuis, Unithoofd Kliniek Orthopedie, KNO, MKA en Oogheelkunde) Mw. W. Zwart (HCI, Biomet)

In het Westfries Gasthuis (WFG) worden alle primaire heup- en kniepatiënten sinds een jaar behandeld in het 'snel op de been' programma, de Hoornse naam voor Rapid Recovery. Het WFG was in 1999 één van de eerste Joint Care Ziekenhuizen in Nederland. Jaren later bleek dat successen uit het verleden geen garantie zijn voor de toekomst. Zo liepen verpleegkundigen tegen problemen aan met pijnbestrijding en misselijkheid. Tijdens een Joint Care Netwerkdag ervoerde Van der Gragt dat het WFG zijn voorloperrol uit 1999 had ingewisseld voor een plek in de middenmoot. Voor haar was dit de eerste aanzet om te kijken of het voor de patiënt niet beter zou kunnen.

Tijdens deze breakout neemt Van der Gragt de aanwezigen mee in het proces dat toen van start ging. De vraag om te verbeteren kwam in eerste instantie vanuit de afdeling. Het bleek echter niet vanzelfsprekend dat alle disciplines meteen warm liepen om mee te doen. Iets wat eigenlijk wel verwacht werd. In de duo-presentatie zoomt Zwart vervolgens in op de theorie van veranderen. Met als motto: 'Mensen willen wel veranderen maar willen niet veranderd worden'. Hoe krijg je mensen dan wel mee en houd je ze gemotiveerd? Omgaan met elkaar en met elkaars gevoelens en gedrag is dan heel belangrijk en dat is in het WFG heel goed gelukt. Zwart geeft aan dat veranderen niet altijd makkelijk is. 70% van alle verandertrajecten mislukt, mede doordat over gevoeligheden wordt heengestapt en er voor goede afstemming vooraf geen tijd wordt vrijgemaakt. Dat is jammer, want veranderen is ook leuk als je met en van elkaar kunt leren en enthousiast wordt.

Achteraf bezien was implementatie van 'Snel op de been' een relatief grote verandering met, volgens Van de Gragt, veel impact op alle betrokkenen. Aan de hand van leuke praktijkvoorbeelden, die zeer herkenbaar zijn voor de mensen in de zaal, licht Van der Gragt toe en bespreekt zij wat de verandering precies inhield, wat er daadwerkelijk allemaal veranderd is in het WFG en hoe zij dit als projectleider gemanaged heeft. Centraal bij al deze punten stond waar tegenaan gelopen werd: 'Wat het allemaal uiteindelijk heeft opgeleverd voor de patiënt, de medewerkers en de organisatie'.

Na een duidelijke rolverdeling tussen de HCI-consultants van Biomet en de kerngroep uit het WFG te hebben afgestemd, is voorafgaand aan de implementatie gekozen om alle wijzigingen in één keer door te voeren. Daarnaast werd afgesproken de gevolgen van de veranderingen op patiënttevredenheid, welbevinden, maar ook organisationele aspecten als kosten en de baten te monitoren. Door het goed verzamelen van de bijzonder positieve resultaten die behaald werden, was Van der Gragt in staat deze resultaten te delen met alle betrokkenen, die het vervolgens met hun achterban op hun afdeling gingen delen. Een sterk instrument om te laten zien waar ze het voor doen en de betrokkenheid vast te houden. Het goed nadenken over wat en hoe te monitoren betaalt zich een jaar na de implementatie nog steeds terug. Aan de hand van de uitkomsten van deze meetgegevens wordt het proces continu bijgestuurd. De behaalde doelen hebben directe invloed op en gevolgen voor de toekomst. Daar ligt dan ook de volgende uitdaging, want veranderen houdt nooit op. Maar door goed met elkaar om te gaan, is dit ook makkelijker bespreekbaar. Het met elkaar delen van kennis en uitwisselen van best practices is belangrijk om gezamenlijk door te ontwikkelen. Zo wordt de zorg alleen maar beter. En daar gaan we, op dagen als deze, toch voor!

Breakout, sessie 3: Patiënttevredenheid en PROMS

Ing. T. Timmers, (Interactive Studios) en
T. Sunderman MSc, (HCI, Biomet)

Om inzicht te krijgen in de medische effectiviteit van de geleverde zorg en om de zorg te verbeteren gebruiken sommige ziekenhuizen PROMS; Patient Reported Outcome Measures. Dit zijn vragenlijsten over de medische effectiviteit van behandelingen, die door de patiënten worden ingevuld. Deze vragenlijsten kunnen op verschillende manieren worden verspreid; digitaal, met de post of een combinatie van beide.

De sessie begint met een vijftal vragen aan de zaal. Uit de respons blijkt dat:

- 1) ongeveer 70% van de aanwezige actief bezig is met PROMS (digitaal en/of op papier)
- 2) fysiotherapeuten actiever zijn met PROMS dan specialisten
- 3) de respons terugloopt bij één en twee jaar follow-up
- 4) er een afhankelijkheid is van anderen
- 5) budget geen probleem is

Tijdens de inleiding plaatst Sunderman PROMS binnen het kader van het Rapid Recovery (RR) programma. Hij neemt de toehoorders kort mee langs de te maken keuzes zoals: de projectscope, de planning, het wel of niet delen van data en de beveiliging. Het gestructureerd verzamelen van data is al jaren een vast onderdeel van RR en de verdiepingsslag naar PROM sluit aan bij het continue verbeterproces binnen RR. Sunderman besluit met een aantal voorbeelden van datacollectie systemen, voorbeeldresultaten en vooral een pleidooi om te beginnen met registreren.

Het praktijkdeel 'best practice' van Timmers start met de impact van PROMS op de poli. De vragenlijsten worden volgens de wensen van het ziekenhuis samengesteld. De door de patiënten ingevulde vragenlijsten leveren via

de rapportagemodule inzicht in de tevredenheid en/of de ervaringen van de behandelingen. Voor het maximaliseren van de respons wordt een aantal items aangestipt. Het blijkt uit de praktijk dat er steeds weer verbeteringen moeten worden doorgevoerd om de respons op peil te houden.

De zaal is zeer betrokken bij het deel over de manier van het digitaal verspreiden van PROMS. Zoals een aantal aanwezigen aangeeft is de respons van patiënten niet te voorspellen en loopt deze terug. Vooral twaalf maanden na de behandeling vullen nog weinig patiënten de vragenlijst in. Een manier om dit te voorkomen is het zo makkelijk mogelijk maken voor de patiënt. Timmers werkt nu drie jaar met een groot aantal ziekenhuizen in Nederland aan OnlineProms, een interactief programma dat zorggevers begeleidt in het opstellen en beheren van PROMS.

'Het maken van PROMS tot een eigen project is belangrijk, en het makkelijk maken voor de patiënt én voor jezelf begint al als de patiënt voor de eerste keer het ziekenhuis binnen komt'. Door een 'patiëntopstapkaartje' te introduceren kunnen patiënten al op de poli de eerste gegevens zoals bijvoorbeeld e-mailadres verstrekken. De werkdruk op de poli lijkt in eerste instantie hoger, maar door direct te handelen en het bieden van deze service worden latere handelingen, zoals bijvoorbeeld het opzoeken van de correcte gegevens, verminderd. Door het geven van feedback en aanvullende informatie worden patiënten meegenomen in het proces. Het gebruiken van de werkelijke operatiedatum en de geautomatiseerde follow-up e-mails zorgen voor een gerichtere informatievoorziening en een hogere respons. Voor sommige patiënten kan naast e-mail, normale post een betere methode zijn, ook deze optie is mogelijk in het programma.

De sessie sluit af met de tip hoe de valkuil van PROMS, een 'overkill' aan vragenlijsten en informatie van zowel fysio, afdeling, als orthopeed, te vermijden. Voeg op voorhand de vragenlijsten van de verschillende afdelingen slim samen.

trainingsopzet gemaakt geënt op het gelijktrekken van het kennisniveau. Uitgangspunt hierbij was het leren door doen, door gebruik te maken van verschillende spelvormen, en zo min mogelijk frontaal onderwijs.

Een van de spelvormen die ontwikkeld is in het Rijnland Ziekenhuis, is het 'mindsetspel' waarin theorie en 'mindset' samenkomen. Het onderdeel mindset wordt door Neijssen genoemd als een belangrijke succesfactor voor het doel: nakomen van afspraken. Enkele vragen uit het mindsetspel worden vervolgens behandeld en beantwoord, waarna onder leiding van Curvers en Neijssen gediscussieerd wordt over het 'juiste' antwoord, waarbij het niet gaat om goed of fout, maar juist om hoe zorg je voor eenduidigheid op de afdeling.

Neijssen en Curvers sluiten af met een aantal 'take home messages', waarbij de nadruk ligt op het feit dat scholing en bewustwording, net als verandering, een continu proces is waarvoor altijd aandacht moet zijn. Het spelen van het mindsetspel en het gebruiken van de mindsetvragen tijdens teamoverleggen kan hierbij helpen.



Breakout, sessie 4: Rapid Recovery op de afdeling

Mw. M. Curvers (physician assistant, Rijnland Ziekenhuis),
Mw. M. Neijssen (Teamleider Zorg en Behandeling,
Rijnland Ziekenhuis), dhr. N. Stolk (HCI, Biomet)

Curvers en Neijssen beginnen met de prikkelende stelling: 'Waarom lukt het niet om afspraken na te komen?'.

Na de implementatie van het Rapid Recovery in het Rijnland Ziekenhuis op de afdeling blijkt dat niet alle afspraken, zoals tijdens het implementatieproces waren gemaakt, worden opgevolgd. Een ervaring die de zaal herkent. Maar belangrijker, net als destijds in het Rijnland Ziekenhuis, heeft de zaal geen antwoord op het waarom de afspraken niet nagekomen worden.

In de breakout gaan de sprekers in op hoe zij tijdens de implementatie van het RR-programma getracht hebben het 'ownership' van het protocol te stimuleren en daarmee protocol-trouw protocol te verhogen, door participatie van verpleegkundigen en fysiotherapeuten in de werkgroepen, het creëren van gelijkwaardigheid tussen medisch specialisten en verpleegkundigen, en het scholen van personeel. De vraag 'Waarom worden afspraken niet nagekomen?' heeft ertoe geleid dat het Rijnland Ziekenhuis samen met Biomet op zoek is gegaan hoe dit op te lossen, waarbij werd uitgekomen op een andere manier van scholen. Scholing kent namelijk als uitdagingen dat de uitgangssituatie van de deelnemers nogal verschillend is, de aanwezige hiërarchie het elkaar aanspreken soms lastig maakt, mensen het te druk hebben om te scholen of om opvolging te geven aan de scholing en door de wisselingen binnen het team het kennisniveau verwatert. Met dit in het achterhoofd is een

Snel mobiliseren

Dr. S. Vehmeijer, orthopedisch chirurg,
Reinier de Graaf Gasthuis, Delft

Rond het middaguur wordt weer live contact gemaakt met de verpleegafdeling van het Reinier de Graaf Gasthuis, waar de patiënte, die deze dag gevolgd wordt, start met mobiliseren. Nadat er gegeten is en alle infusen zijn verwijderd komt de fysiotherapeut bij haar langs. Ze ontvangt een overzicht met oefeningen van de fysiotherapeut en op het scherm is te zien hoe mevrouw haar oefeningen uitvoert op bed, haar knie optilt, naar het randje van het bed schuift en even later met krukken door de gang loopt.

Volgens dr. Vehmeijer draait alles om het gevoel van zekerheid en vertrouwen bij de patiënt als men praat over snel mobiliseren. Door een goede pijnstilling hoeven mensen ook niet meer te piekeren over hoeveel pijn het gaat doen bij het bewegen met hun nieuwe gewricht. Eventueel wordt er in het begin een ondersteunend loop-hulpmiddel gebruikt (een zgn. walker) en, als dit goed gaat, kan de patiënt aansluitend beginnen te lopen met krukken. Patiënten worden ook al vóór de operatie aangeraden om alvast te oefenen met het (trap)lopen met krukken.

Bloedverlies en wondlekkage

Dr. S. Koëter, dr. J. Jansen,
orthopedisch chirurgen, Canisius
Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen

Wondlekkage is een probleem dat vaak veroorzaakt wordt door postoperatieve hematoom vorming. Er is een correlatie tussen persisterende wondlekkage en de ontwikkeling van postoperatieve wondinfecties.

Allereerst bloedverlies, waar praten we over? Er is onderscheid te maken tussen zichtbaar bloedverlies, dat in de zuigpot en de gazen zit, en niet zichtbaar bloedverlies, dat nog in de weefsels rond het gewricht zit. Dit niet zichtbare bloedverlies kan leiden tot wondlekkage. Bloedverlies kan een bloedtransfusie nodig maken, maar waarom wil men zo graag een bloedtransfusie voorkomen? Omdat er door bloedtransfusie toch duidelijk meer complicaties kunnen optreden en vooral omdat de natuurlijke afweer erdoor verzwakt.

Binnen het Rapid Recovery (RR) programma kan op verschillende manieren bloedverlies en wondlekkage voorkomen worden. Als voorbeeld werd gepresenteerd dat roken bewezen negatieve effecten heeft op het herstel, onder andere door meer wondcomplicaties en infecties. Stoppen met roken vóór de operatie heeft meteen effect! Medicatie zoals antistolling heeft invloed op bloedverlies, maar is het gebruik van antistollingsmedicatie binnen de RR setting nog wel nodig? Onderkoeling van de patiënt tijdens de operatie komt vaker voor dan gedacht en heeft eveneens een negatieve invloed op het bloedverlies en herstel.

Over andere onderwerpen is discussie over het wel of niet onderbouwd zijn. Bloedleegte, de mate van hemostase, het gebruik van drains, drukverband of kous, en snelle mobilisatie worden nog aangehaald als onderwerpen waar geen duidelijke onderbouwing voor is. Voor tranexaminezuur, om bloedverlies te reduceren, is dit echter niet het geval. De diverse toedieningsvormen zijn helder en ook de persoonlijke ervaringen in het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis zijn zeer positief. Toch wordt tranexaminezuur nog relatief weinig gebruikt.

Wat wel duidelijk wordt ondersteund is dat persisterende wondlekkage een belangrijke voorspeller van infectie is! Een producerende wond langer dan 72 uur is niet goed. Na vijf dagen is er een duidelijke indicatie voor spoelen op de OK.

Patiënt aan het woord

Eerste heupvervanging in dagopname in Nederland



Op 1 april 2014 heeft dr. S. Vehmeijer als eerste in Nederland een heupvervanging in dagopname uitgevoerd. Zijn eerste patiënt is een 71-jaar oude vrouw. Tot op de dag van OK dacht vrijwel de hele ziekenhuisorganisatie, inclusief de directeur, dat het echt een 1 aprilgrap betrof. 'Maar dat was zeker niet het geval', aldus dr. Vehmeijer, 'We hebben hier met het team uitgebreid over gesproken en de nodige voorbereidingen getroffen, we waren er klaar voor'.

Mevrouw vult aan: 'Een week van te voren werd ik door dr. Vehmeijer gebeld om het allemaal uit te leggen. Maar de middag voor de operatie belde hij nog een keer. Ik zei nog tegen mijn man: "Volgens mij is de dokter zenuwachtiger voor de operatie dan ik"!'.

Mevrouw had al eerder een heupoperatie ondergaan bij een ander ziekenhuis, helaas met een minder positief resultaat. Aangezien haar partner ook niet goed ter been is, kon ze deze heupoperatie echt niet langer uitstellen en is ze na lang zoeken in Delft terechtgekomen. Haar woning is, vanwege de verminderde mobiliteit van haar echtgenoot, al deels aangepast. Wel had ze thuishulp voor de eerste dagen na de operatie geregeld. Mevrouw wilde de volgende ochtend graag hulp bij het wassen een aankleden. Ze zag overigens geheel niet op tegen de operatie. Zij wist goed wat haar te wachten stond en vond het erg fijn dat zij uiteindelijk zélf mocht beslissen wanneer ze naar huis zou gaan: 'Als ik het niet zag zitten, mocht ik nog een nachtje blijven'.

Na de operatie kon mevrouw gelijk bewegen. Meteen na de operatie kreeg zij druivensuiker, waardoor zij zich ook energieke voelde. 'Ik wilde gewoon weten of ik al kon staan. De fysiotherapeut hielp mij en dat lukte goed.' Ik dacht, 'Ik ga lekker naar huis vandaag. Wat ik in het ziekenhuis doe, kan ik ook thuis doen!'. Op de vraag of ze dat niet heel spannend vond, zo snel naar huis, reageert ze heel resoluut: 'Nee hoor, ik ben op geen enkel moment angstig geweest, ook niet 's nachts'.

De eerste nacht thuis heeft mevrouw redelijk geslapen. Zij is wel een paar maal wakker geworden, vooral ook omdat zij op haar rug moest liggen, wat zij niet gewend is. De tweede nacht heeft zij wat slechter geslapen, veel gedraaid en toch wel pijn. De tweede dag was ook het zwaarste en daarna is het alleen maar beter gegaan. Ze is iedere dag even een uurtje gaan liggen in de middag, want rustig zitten in een stoel gaf toch niet voldoende ontspanning. Vaak viel ze dan in slaap,

'Tot ongeveer twee weken na de operatie, daarna viel ik niet meer in slaap en heb ik het rustuurtje afgebouwd'.

Dr. Vehmeijer geeft aan dat het slapen in rugligging nu niet meer hoeft. 'We stappen af van deze "traditie". Ook raad ik patiënten aan om de eerste dag thuis wat rustig aan te doen, want de tweede dag is vaak zwaarder, wat overigens wel sterk afhankelijk is van de mate van activiteiten die je op de eerste dag doet.'

Patiënt in beeld

Bij de start van het symposium wordt een live verbinding gelegd met de patiënte die deze dag gevolgd zal worden. Zij heeft diezelfde ochtend een nieuwe heup gekregen van de dagvoorzitter dr. Vehmeijer die de operatie heeft uitgevoerd. De patiënte geeft aan dat zij zich prima voelt en geen pijn heeft. Hoe deze mevrouw haar dag heeft ervaren horen we tijdens de eerste mobilisatie waarvoor weer een live verbinding wordt gelegd met het ziekenhuis evenals bij het ontslagmoment aan het einde van de dag.

Dat was althans het idee, maar de laatste live verbinding met de verpleegafdeling verliep toch anders, de zaal wordt verrast! Mevrouw is met haar man naar Lijm & Cultuur gereden en komt rond 17.30 uur de zaal binnen: 'Ik voel mij goed. Het is heel bijzonder, alles wordt erg goed uitgelegd en ik wil graag naar huis'. Op de vraag of het haar is meegevallen zegt ze: 'Ik heb enkele weken geleden een wortelkanaalbehandeling ondergaan, maar als ik mocht kiezen, dan kies ik voor de heupoperatie'.

Dr. Vehmeijer geeft haar nog wat advies: 'Doet u morgen rustig aan, want overmorgen wordt denk ik een zware dag. Fantastisch dat we u vandaag mochten volgen en heel veel succes!'.



Heup in dagbehandeling

Dr. S. Vehmeijer, orthopedisch chirurg, Reinier de Graaf Gasthuis, Delft

Sinds 1 april jl. is ook in Nederland een totale heup-operatie in dagbehandeling mogelijk. Een van de belangrijkste redenen om een dergelijke ingreep in dagbehandeling uit te voeren is dat de patiënt thuis in zijn eigen bed veel beter kan slapen en tot rust komt en in zijn eigen omgeving veel minder wordt blootgesteld aan ongewenste (ziekenhuis)bacteriën.

Het idee de opname verder terug te brengen naar één dag (van een of meer overnachtingen naar géén overnachting) ging niet zo eenvoudig als dr. Vehmeijer had ingeschat. 'Het was opvallend dat dezelfde weerstanden en drempels toen we van vijf opnamedagen naar twee gingen, nu ook weer op tafel kwamen. Dat had ik eigenlijk niet verwacht.'

Na een kort implementatietraject op basis van een projectplan waarbij alle betrokkenen weer aan tafel zaten, zijn de protocollen opnieuw herzien, is de voorlichting aangepast en opnieuw gekeken naar de in- en exclusie-, en ontslagcriteria. Voor de dagbehandeling is het belangrijk dat de patiënt voldoende gemotiveerd is, geen diabetes of cardiovasculaire comorbiditeiten heeft en dat er een thuiswonende partner aanwezig is. Aan de standaard ontslagcriteria is een aantal elementen toegevoegd. Belangrijk bij ontslag is de Hb-waarde (≥ 6), een (bijna) droge wond en de patiënt mag geen last hebben van duizeligheid, misselijkheid of braken. Daarnaast moet de pijn voldoende onder controle zijn. Maar het allerbelangrijkste criterium is dat de patiënt zelf aangeeft klaar te zijn om naar huis te gaan.

Prothesiologie in dagopname: utopie of realiteit?

Dr. N. Kort, orthopedisch chirurg, Orbis Medisch Centrum, Sittard



Dr. Kort is begonnen met halve knieoperaties in dagbehandeling en sinds januari 2014 doet hij ook de hele knie in dagbehandeling. 'We zijn van opnames van 14 tot 12 dagen, geleidelijk aan overgegaan naar dagopname.' 'Waar gaat het in de toekomst naar toe?' Een volgende stap is misschien wel dat we in een busje (het 'Vehmeijer-busje' voor de heupen en het 'Kort-busje' voor de knieën) naar de klanten toe gaan en lokaal gaan behandelen. Totale knie- en heupoperaties in dagbehandeling vinden in Europa nog weinig plaats. Vragen die we ons moeten stellen: 'Is het wel veilig en wat moeten we veranderen?'

In het Orbis zijn ze in 2000 gestart met het Joint Care programma, gevolgd in 2011 door Rapid Recovery (RR), in 2013 door halve knieoperaties in dagbehandeling, en later dat jaar totale knieoperaties in dagbehandeling, gevolgd door de heupoperaties in dagbehandeling. Goede resultaten zijn behaald met de overgang van Joint Care naar RR: een daling van de opnameduur en geen significant verschil in complicaties.

- 2000 - THP + TKP
 - Afnome wachttijd
 - Ziekenhuis verblijf
 - Patiënttevredenheid
- 2011 - TKP/UKP*
- 2013 - UKP
- 2013 - TKP
- 2014 - THP+TKP
- 2014 - THP

Joint Care
6 → 3 maanden
13 → 6 dagen
↑
Rapid Recovery
Dagbehandeling
Dagbehandeling
Rapid Recovery
Dagbehandeling

De volgende logische stap is de plaatsing van prothesiologie in dagbehandeling. Het doel van de dagbehandeling is de zorg voor een veilige en pijnvrije knieprothese procedure, met betere medische uitkomsten, een hogere patiënttevredenheid en het reduceren van de kosten.

Het totale zorgproces van de patiënt moet je in kaart hebben, want daardoor kan je dingen veranderen. In de preklinische fase is er eigenlijk niets veranderd, de belangrijkste vraag aan de patiënt is: 'Heeft u hulp thuis?'. In de klinische fase (mits geen agraves, geen urincatheter,

geen drain) vindt binnen twee tot vier uur na de operatie de eerste mobilisatie plaats. Met de fysiotherapie is afgesproken zich vooral te richten op het leren lopen met krukken (optioneel traplopen) en geen functieonderzoeken (want dat maakt eigenlijk niet uit voor het eindresultaat). Criteria voor het ontslag zijn: X-ray, verwijderen van het drukverband, tubigrip tot aan de eerste poliklinische controle, en natuurlijk het algemeen welbevinden van de patiënt (PONV en pijn). In de postoperatieve fase is het belangrijk er voor te zorgen dat de patiënt orale antibiotica meekrijgt voor de eerste 24 uur. De eerste twee weken moeten de patiënten zelf oefeningen doen ('self-managed home-based exercise program') zonder fysiotherapeut. Voor de veiligheid is er ingesteld dat er telefonisch contact is op de eerste dag postoperatief door een verpleegkundige en de tweede dag postoperatief door een arts-assistent. Vier dagen na de operatie komen patiënten terug voor een poliklinische controle in deze eerste fase.

Na 14 dagen vindt er de standaard poliklinische controle plaats (optioneel hechtingen verwijderen) en start fysiotherapie in de thuissituatie. Dan volgen de reguliere controles: na 6 weken, 3 maanden en 1 jaar vinden er nog poliklinische controles plaats (met X-ray bij de controle na 6 weken).

Resultaten van het onderzoek Rapid Recovery vs. dagbehandeling voor de halve knieprothese UKA (case controlled study, safety <12 weken postoperatief en efficacy <12 weken postoperatief), zijn er geen significante verschillen geconstateerd in veiligheid. Met betrekking tot de VAS (Visual Analogue Score) kan worden geconcludeerd dat we meer aandacht moeten hebben voor postoperatieve pijn, met name de eerste dag na de operatie, geen van de patiënten werd beperkt door postoperatieve misselijkheid of duizeligheid (geen significante verschillen).

Samenvattend: bij de overstap naar dagbehandeling is de 'mindset' van professionals (multidisciplinair team) en patiënt van belang. Ook moeten patiënten meer een eigen verantwoordelijkheid krijgen. De belangrijkste factor voor een optimaal behandelresultaat is een goed en adequaat pijnstillingsprotocol en de aanpassing in het zorgproces. En bij de start van RR naar prothesiologie in dagbehandeling is het verstandig gefaseerd te gaan beginnen met de implementatie. Prothesiologie in dagbehandeling zal een aanvullende mogelijkheid zijn binnen het huidige zorgpad.

* UKP staat voor: *Unicompartmental Knee Arthroplasty*

Reinier Open Podium

Dr. Y. den Hartog geeft aan dat in het Reinier de Graaf Gasthuis LIA niet langer wordt toegepast bij totale heupen. Dit naar aanleiding van het onderzoek dat zij mede heeft uitgevoerd waarbij een aantal patiënten (75) een THP volgens de ASI techniek kregen, allen door dezelfde arts. Deze groep is random verdeeld in drie subgroepen. Groep 1: kreeg LIA met standaard Ropivacaïne, Groep 2: reversed Ropivacaïne en Groep 3: standaard NaCl.

De uitkomsten op verschillende parameters: ligduur en ontslagbestemming, pijnscores, hoeveelheid (rescue-) pijnmedicatie, misselijkheid en braken en andere bijwerkingen, zoals urineretentie en ritmestoornis spraken voor zich: er was geen verschil. Geen verschil in ligduur: 1,8 nachten, geen verschil in ontslagbestemming: 96% naar huis, geen verschil in (daling van) pijnscores, geen verschil in pijnmedicatie gebruik, geen verschil in misselijkheid, braken en/of overige bijwerkingen. Dit alles rechtvaardigt het stoppen met LIA bij THP-ingrepen. Mocht u geïnteresseerd zijn in het onderzoek dan verwijst de spreker u graag naar de publicatie van dit onderzoek.

Dhr. Bemelmans (fysiotherapeut/physician assistant i.o., Orthopedie Orbis Medisch Centrum Sittard-Geleen) geeft aan dat het bij patiënten met orthostatische hypotensie belangrijk is duidelijke instructies te geven voor bewegen: binnen 0 tot 2 uur direct beginnen met postoperatief oefeningen in bed, direct mobiliseren, niet stilstaan tijdens de oefeningen en tot slot het doen van zng. 'Calf raises', kuitheffen.

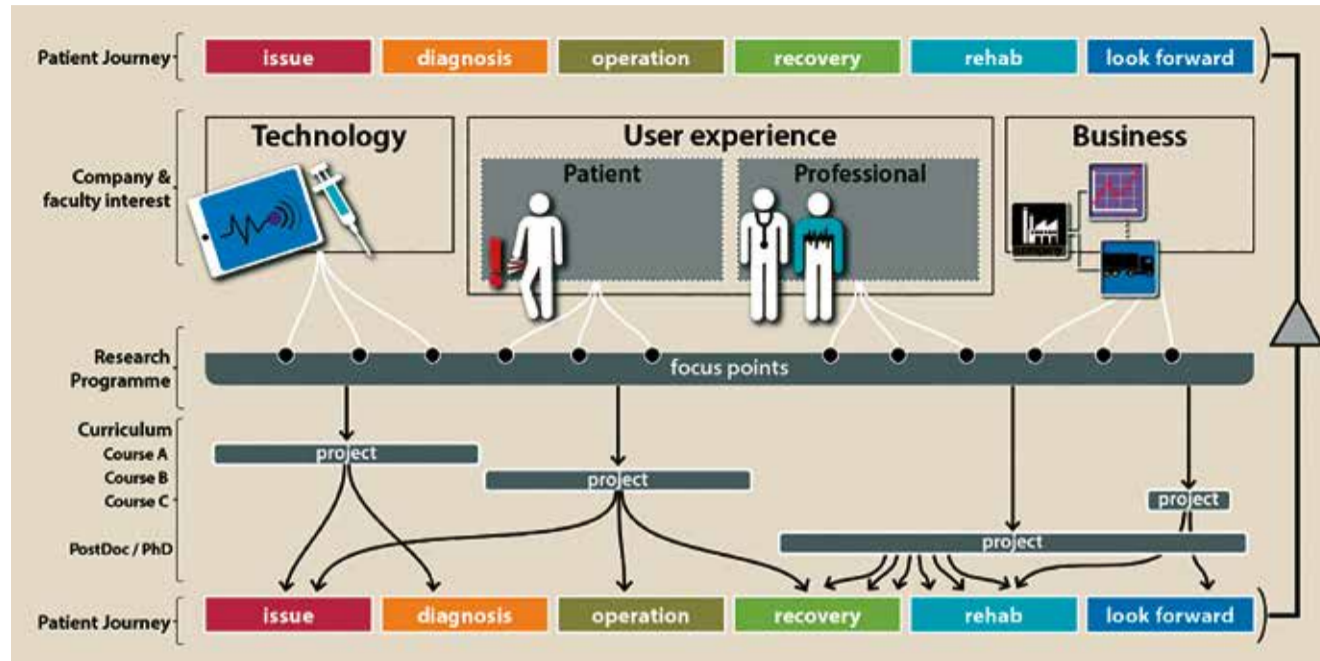
Dr. Das uit het St. Anna ziekenhuis in Geldrop spoort aan om geen nietjes meer te gebruiken, 'Hij niet niet'. Uit onderzoek blijkt dat het gebruik van wondlijm voordelen heeft boven het gebruik van nietjes. Lijm leidt tot minder lekkende wonden. Het gevaar van een lekkende wond is het gevaar van infectie. Daarbij zijn lekkende wonden vervelend voor de patiënt en hebben zij meer verzorging nodig dan niet lekkende wonden.

Dr. S. van der Groes (orthopedisch chirurg i.o.) toont aan dat de vorm van de trochlea van de totale knieprothese van invloed is op acute kniepijn na een knieervangende operatie. Verandering van de vorm van de trochlea van een totale knieprothese naar een meer natuurlijke vorm leidt mogelijk tot verlaging van de incidentie van deze kniepijn.

Y.M. den Hartog, N.M.C. Mathijssen, N.T. van Dasselaar, P.N.J. Langendijk, S.B.W. Vehmeijer.
Het effect van LIA in een multimodaal pijnprotocol bij THP via de direct anterieure benadering. Uitkomsten van een gerandomiseerde, placebo gecontroleerde trial in 75 patiënten, Reinier de Graaf Gasthuis Delft.

Toekomstvisie en zorg

Dr. Ir. A. Albayrak, assistant prof. Applied Ergonomics and Design, TU Delft



De visie van HiPP, met de patient journey, opgesplitst in drie kern interesse gebieden voor bedrijven en de universiteit: technologie, user experience en business.

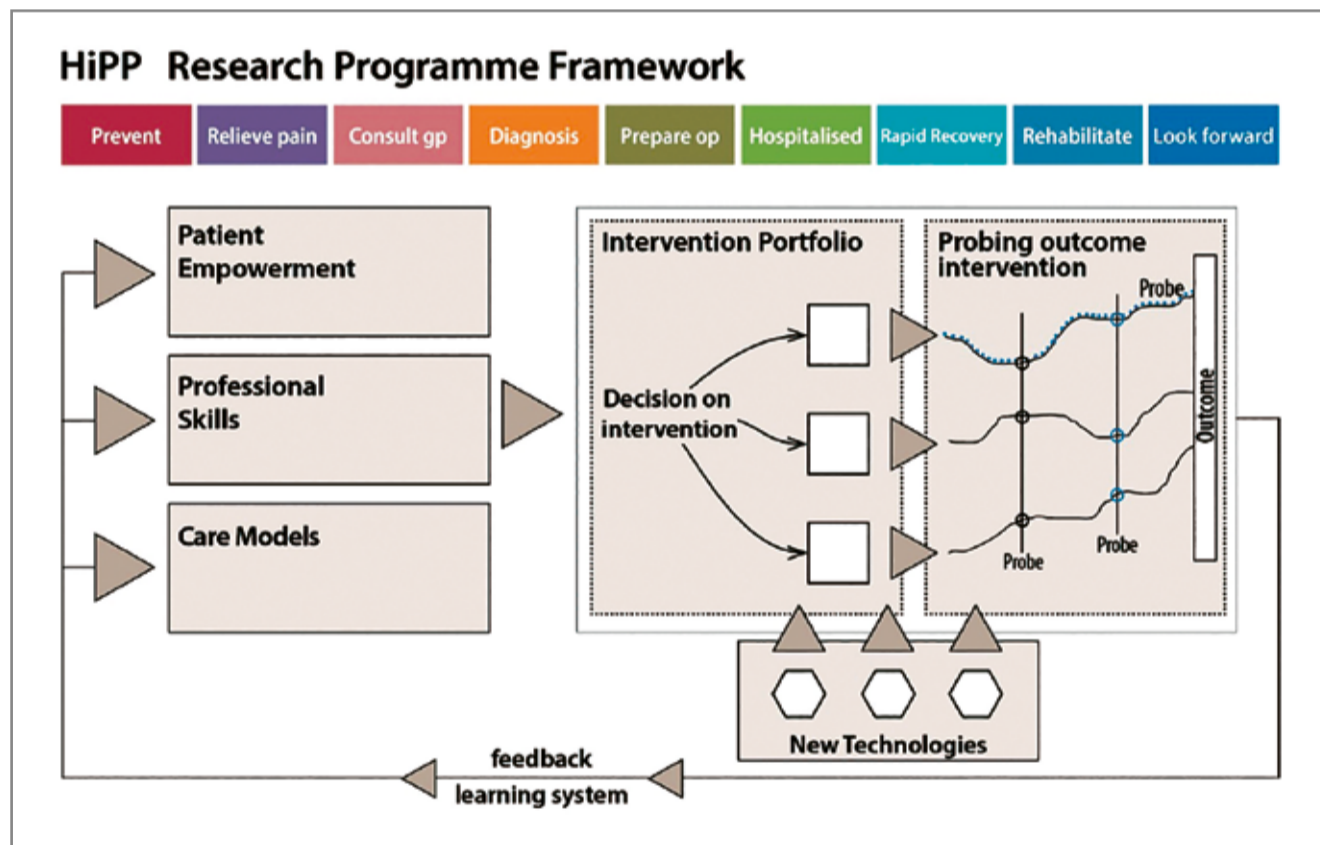
'Design for our Future', daar houden de Industriële Ontwerpers (IO) van de TU Delft zich dagelijks mee bezig. Ze bedenken nieuwe generatie producten/diensten. Welke mensen gebruiken de producten, hoe worden ze gebruikt, welke technologie maakt het mogelijk en op welke wijze wordt het vermarkt? Van slimme operatiekamers tot onderwater microfoons, van treinen tot design fauteuils, van toiletsystemen voor de derde wereld tot ouder- en kindvriendelijke couveuses: de reeks van producten waar een Industriële Ontwerper aan werkt is zeer gevarieerd.

Gezondheidszorg ('Care for our health') is, naast gedragsverandering ('Unlocking people'), waardevolle interacties ('Meaningful interaction') en (her)gebruik ('REdUSE') van materialen, een van de speerpunten op de faculteit Industriële Ontwerpen (of Industrial Design Engineering) waar men zich de komende vier jaar in gaat verdiepen.

Er is een consortium opgericht tussen Biomet, de faculteit IO (TU Delft) en het Reinier de Graaf Gasthuis, dat een onderzoeksprogramma gestart is genaamd HiPP. HiPP staat voor Highly individualized Patient Projects. Hierin zijn diverse hoogleraren, artsen, onderzoekers en studenten betrokken. Elk project binnen HiPP verbreedt de kennis, creëert nieuwe inzichten en ideeën en voegt dit toe aan de 'patient experience journey'. De patient experience journey is een 'roadmap' die in acht stappen de reis beschrijft van een totale heupvervanging: preventie, pijnverlichting, huisartsconsult, diagnose, preoperatie, ziekenhuisbezoek, snel herstel: RR, rehabilitatie en nazorg. Het is de bedoeling deze 'patiënten-reis' tien jaar van nu te ontwerpen.

Binnen de visie van HiPP worden projecten verdeeld in drie categorieën: technologie, gebruikerservaring en business. Binnen het researchprogramma zijn er zowel uit de bachelor opleiding als vanuit de drie masteropleidingen: Design For Interaction (DFI), Integrated Product Design (IPD) en Strategic Product Design (SPD), en vanuit de PhD/post doc opleiding, innovatieve projecten geïnitieerd.

Deze innovatieve projecten richten zich op diverse elementen binnen de journey. Voorbeelden hiervan zijn het faciliteren van teamwerk, de interactie in het OK team met kleur gestuurde elementen en het actief ondersteunen van patiënten tijdens de nazorg met de 'Biocoach', een technisch apparaatje dat bevestigd kan worden op het been en direct data en feedback geeft aan de fysiotherapeut en de patiënt. Een ander voorbeeld is een rehabilitatie-applicatie die actief het behandelingstraject stuurt en orthopeden en patiënten met elkaar verbindt. Optimalisatie van het instrumentarium en de technische aspecten, of het creëren van een dataplatform, kunnen ook kaders zijn van opdrachten. Tot slot wordt er ook gekeken naar hoe deze ontwikkelingen door een marktomgeving opgenomen kunnen worden. HiPP staat voor nieuwe kennis en grote variatie, 'radical en incremental innovation design', met de focus op patiënten en artsen als doelgroep. 'Voor nu of in de verre toekomst.'



Het HiPP research framework, waarin is uitgewerkt hoe de toekomstige patient experience journey wordt ontworpen, is onderverdeeld in vijf onderzoeksgebieden. Elk onderzoeksgebied wordt geleid door een onderzoeker op de TU Delft. Patient empowerment valt onder dr. S. Boess, Professional Skills onder dr. ir. M. Melles, care models onder dr. L. Simonse, Intervention Portfolio onder dr. ir. A. Albayrak en new technologies onder prof. dr. ir. R. Goossens.

