

# Regionale blauwdruk transmuraal zorgpad voor patiënten met een heupfractuur

---

## **Initiatief**

Focusgroep Heupfracturen ROAZ AMC & VUmc

## **Met ondersteuning van**

Bureaus Netwerk Acute Zorg Noordwest en TraumaNet AMC

## **Versiebeheer**

Definitieve versie, september 2016

## Inhoud

Samenstelling van de werkgroep .....	4
Hoofdstuk 1 Algemene inleiding .....	5
Aanleiding.....	5
Doelstellingen.....	5
Afbakening.....	6
Beoogde gebruikers.....	6
Hoofdstuk 2 Methodiek.....	7
Werkgroep.....	7
Input .....	7
Geldigheid .....	8
Commentaar- en autorisatiefase .....	8
Implementatie .....	8
Juridische betekenis .....	8
Hoofdstuk 3 Stroomschema .....	9
Hoofdstuk 4 Toelichting .....	10
Prehospitaal.....	10
SEH.....	10
Opname en behandeling .....	11
Ontslag.....	11
Therapie-/revalidatiefase .....	13
Hoofdstuk 5 Uitgeschreven taken .....	15
PREHOSPITAAL: VERWIJZING .....	15
SEH: OVERDRACHT en OPVANG .....	15
SEH: ANAMNESE en CONSULT GERIATER.....	15
SEH: DIAGNOSTIEK .....	16
BESLISMOMENT: opname ja/nee, OK ja/nee .....	16
VERPLEEGAFDELING: GERIATRISCH IN KAART BRENGEN.....	17
VERPLEEGAFDELING: VOORBEREIDING OK .....	17
BEHANDELING (OK) .....	18
DAG 0 POST-OK (DAG VAN DE OPERATIE).....	18
1e DAG POST-OK .....	19
2 <sup>e</sup> , 3 <sup>e</sup> en latere DAGEN POST-OK .....	20
Vorbereiding ontslag .....	21
Vervolg zorg in GRZ, WLZ of ontslag naar eigen woonomgeving.....	22

Optie vervolgzorg 1: GRZ.....	22
Optie vervolgzorg 2: WLZ .....	23
Optie vervolgzorg 3: Eigen woonomgeving.....	23
Hoofdstuk 6 Implementatie .....	24
Hoofdstuk 7 Afkortingen en bronnen .....	26
Afkortingen.....	26
Bronnen .....	26

## Samenstelling van de werkgroep

### Werkgroep:

- J.O. Daal, klinisch geriater, Westfriesgasthuis
- M.R. Eliel, coördinator transmurale zorg, Westfriesgasthuis
- Dr. P. van Houten, specialist ouderengeneeskunde, Zonnehuisgroep Amstelland
- R. Stam, afdelingsmanager chirurgie, Ziekenhuis Amstelland
- Dr. J. Steens, orthopedisch chirurg, Westfriesgasthuis
- M. Tol-Schilder, beleidsadviseur, Cordaan
- Dr. B.A. Twigt, traumachirurg, BovenIJ ziekenhuis/OLVG
- R. Vreeswijk, verplegingswetenschapper, Spaarne Gasthuis

### Met ondersteuning van:

- M. Offeringa-Klooster, stafadviseur, TraumaNet AMC
- E.J. Toor, adviseur, Netwerk Acute Zorg Noordwest

### Focusgroep heupfracturen

- Dr. M.J. Heetveld, traumachirurg, Spaarne Gasthuis (voorzitter)
- Dr. R.W. Poolman, orthopedisch chirurg, OLVG (voorzitter)

De focusgroep heupfracturen van regio Noord-Holland / Flevoland is een open uitnodiging geweest voor geriateren, internisten ouderengeneeskunde, orthopeden, traumachirurgen en andere betrokken zorgverleners (afdelingshoofden, SEH-artsen, fysiotherapeuten). De samenstelling van de focusgroep is wisselend per bijeenkomst.

## Hoofdstuk 1 Algemene inleiding

### Aanleiding

Naar aanleiding van de Invitational Conference Heupfracturenzorg van 8 september 2014 is vanuit het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) van het AMC en het VUmc in 2015 de focusgroep heupfracturen opgericht. Uit zowel de invitational conference als de patiënt journey, welke werd opgemaakt tijdens de eerste bijeenkomst van de focusgroep op 18 februari 2015, is een aantal knel-/verbeterpunten geformuleerd. Daarnaast zijn er diverse landelijke ontwikkelingen, zoals de richtlijnen vanuit de wetenschappelijke verenigingen, de kwaliteitsindicatoren vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en Zorginstituut Nederland (ZIN) en de start van de Dutch Hip Fracture Audit (DHFA).

Deze ontwikkelingen waren voor de focusgroep heupfracturen aanleiding tot het opstellen van een regionale blauwdruk voor een transmuraal zorgpad voor (kwetsbare) oudere patiënten met een heupfractuur waarin de belangrijkste aanbevelingen worden gebundeld met als doel de zorg voor (kwetsbare) oudere patiënten met een heupfractuur in de ROAZ-regio's AMC en VUmc verder te optimaliseren en te verbeteren.

### Doelstellingen

Om de zorg voor (kwetsbare) oudere patiënten met een heupfractuur in de ROAZ-regio's AMC en VUmc verder te optimaliseren zijn de volgende doelstellingen geformuleerd:

#### Structuur:

- Garanderen, structureren en protocolleren van betrokkenheid van de geriater/internist ouderengeneeskunde bij deze patiëntengroep<sup>1,2,3</sup>).

#### Proces:

- Tijdige en effectieve ontslagplanning zodat ligduur niet onnodig lang is.
- Tijdige en volledige overdracht van ziekenhuis naar Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ)<sup>9</sup>).
- Wederzijdse terugkoppeling tussen ziekenhuis en GRZ. Dit zou onderdeel moeten zijn van afspraken tussen ziekenhuizen en GRZ-instellingen waarmee het meest wordt samengewerkt.

#### Patiënt:

- Correcte en tijdige voorlichting aan patiënt over het traject (verwachtingsmanagement). Hierbij is inzage in het gehele traject (inclusief revalidatiefase) voor de betrokken zorgverleners noodzakelijk.

#### Uitkomst:

- Verlaging van de 30-dagen mortaliteit.  
(De landelijke traumaregistratie (LTR)<sup>8</sup>) en/of DHFA<sup>5</sup>) kan hiervoor als bron gebruikt worden.)
- Verkorting van de (praktijkvariatie van) ligduur in ziekenhuis. In de regio hebben we gezien dat een ligduur van 5 dagen mogelijk is.  
(De LTR<sup>8</sup>) kan hiervoor als bron gebruikt worden.)
- Terugdringen van het aantal heropnames.  
(Het aantal heropnames bij proximale femurfracturen is een IGZ-indicator<sup>1</sup>.)

Deze doelstellingen zullen in wisselende mate van toepassing zijn voor de verschillende ziekenhuizen. Met het opstellen en implementeren van deze blauwdruk transmuraal zorgpad voor patiënten met een heupfractuur wordt beoogd om, met name in de ziekenhuizen die bovenstaande doelstellingen nog niet optimaal hebben bereikt, verbetering te bewerkstelligen.

### **Afbakening**

Deze blauwdruk is in principe bedoeld voor álle patiënten met een verdenking van een heupfractuur, maar richt zich met name op de groep kwetsbare ouderen (waarbij multidisciplinaire behandeling sterk is aan te bevelen), omdat het de verwachting is dat bij deze categorie patiënten de grootste ziekte winst behaald kan worden na implementatie van het zorgpad.

### **Beoogde gebruikers**

Deze blauwdruk is opgesteld voor alle ketenpartners in de ROAZ-regio's AMC en VUmc die betrokken zijn bij zorg voor (kwetsbare) oudere patiënten met een heupfractuur: huisartsen, huisartsenposten (HAP), ambulancediensten, spoedeisende hulp (SEH's), medisch specialisten, ziekenhuisorganisaties en GRZ-instellingen/verpleeg-/verzorgingshuizen/thuiszorg (VVT).

## Hoofdstuk 2 Methodiek

### Werkgroep

Voor het opstellen van deze blauwdruk is in oktober 2015 een werkgroep ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van relevante ketenpartners/specialismen die betrokken zijn bij de zorg voor (kwetsbare) oudere patiënten met een heupfractuur (zie hiervoor de samenstelling van de werkgroep). De werkgroepleden zijn door de focusgroep gemandateerd voor deelname. De werkgroep werkte gedurende 8 maanden aan de totstandkoming van deze blauwdruk.

### Input

Voor het opstellen van deze blauwdruk is door de werkgroep op verschillende manieren input verzameld. Hieronder volgt een opsomming van de belangrijkste processtappen.

- **Knelpuntanalyse**

De knelpuntanalyse bestond uit twee fasen. Allereerst is tijdens de eerste bijeenkomst van de focusgroep van 19 februari 2015 aan de hand van een 'patiënt journey' met de leden gebrainstormd over knelpunten, witte vlekken en verbeterpunten in de keten van zorg voor patiënten met een heupfractuur. Hieruit zijn twee onderwerpen met bijbehorende vraagstellingen gestedilleerd:

- Multidisciplinaire samenwerking in het ziekenhuis
- Uitstroom en vervolgzorg

In de tweede fase zijn beide onderwerpen door multidisciplinaire werkgroepen vertaald naar een regionale inventarisatie hoe de zorg rond patiënten met een heupfractuur in, met name, de ziekenhuizen is georganiseerd. Hieruit kwamen de volgende, specifieke, verbeterpunten naar voren:

- Tijdstip consult klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde bij de oudere patiënt met een heupfractuur;
- Positie, uitkomsten en tijdstip van een Comprehensive Geriatric Assessment (CGA);
- Structurele samenwerking tussen (trauma)chirurgie, orthopedie en geriatrie;
- Communicatie, overdracht en feedback tussen de verschillende disciplines binnen het ziekenhuis en naar de vervolgzorg-/revalidatie-instellingen;
- Verbinden van de verschillende schakels;
- Afweging operatie;
- Verwachtingsmanagement richting patiënt/familie;
- OK planning;
- Proces rondom ontslag uit het ziekenhuis.

- **Richtlijnen**

Bij het opstellen van deze blauwdruk is zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij de meest recente richtlijnen vanuit de verschillende wetenschappelijke verenigingen die betrokken zijn bij de zorg voor (kwetsbare) oudere patiënten met een heupfractuur. In het voorjaar van 2016 zijn er twee (concept)richtlijnen gepubliceerd die door de werkgroep zijn gebruikt als basis voor deze blauwdruk:

- Conceptrichtlijn Multidisciplinaire behandeling van kwetsbare ouderen rondom chirurgische ingrepen (initiatief: Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie)
- Conceptrichtlijn Proximale femurfracturen (initiatief: Nederlandse Vereniging voor Heelkunde & Nederlandse Orthopaedische Vereniging)

Daarnaast zijn de kwaliteitsindicatoren van IGZ<sup>1)</sup>, spoedzorgindicatoren van ZIN<sup>2)</sup> en de items uit de onlangs gestarte DHFA<sup>5)</sup> zoveel mogelijk verwerkt in de blauwdruk. Tenslotte is geconstateerd dat een aantal ziekenhuizen en verpleeghuizen voorop lopen in de multidisciplinaire en transmurale zorg

voor patiënten met een heupfracturen. Hun input is als 'best practice' meegenomen in de blauwdruk.

### **Geldigheid**

Deze blauwdruk is ontwikkeld op initiatief van de focusgroep heupfracturen van het ROAZ AMC en VUmc. Uiterlijk in 2021 bepaalt het bestuurlijk ROAZ (en de betrokken professionals) of deze blauwdruk nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om deze blauwdruk te herzien. De geldigheid van deze blauwdruk komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen hiertoe aanleiding geven waarna een herzieningstraject wordt gestart.

De focusgroep heupfracturen is de eerstverantwoordelijke voor de actualiteit van dit document. De leden van de focusgroep of gebruikers van de blauwdruk delen de verantwoordelijkheid en informeren de eerstverantwoordelijke over relevante ontwikkelingen binnen hun vakgebied.

### **Commentaar- en autorisatiefase**

Deze blauwdruk voor een transmuraal zorgpad voor (kwetsbare) oudere patiënten met een heupfractuur is voor commentaar voorgelegd aan de leden van de focusgroep heupfracturen van het ROAZ AMC en VUmc. Na mondelinge toelichting van deze blauwdruk in de focusgroeptijdenkomst van woensdag 25 mei 2016 was er 4 weken de tijd om commentaar te leveren. Tevens werden rondom de zomer/najaar de definitieve versies van de multidisciplinaire<sup>3)</sup> en monodisciplinaire richtlijn<sup>4)</sup> verwacht. Naar aanleiding van deze commentaren en eventuele wijzigingen in de definitieve versies van de richtlijnen heeft de werkgroep deze blauwdrukaangepast en definitief vastgesteld waarna deze ter autorisatie wordt voorgelegd aan het bestuurlijk ROAZ. De werkgroep wil benadrukken dat het zorgpad een blauwdruk is en dat couleur locale per instelling op een aantal vlakken, afhankelijk van de evidence, zeker mogelijk is.

### **Implementatie**

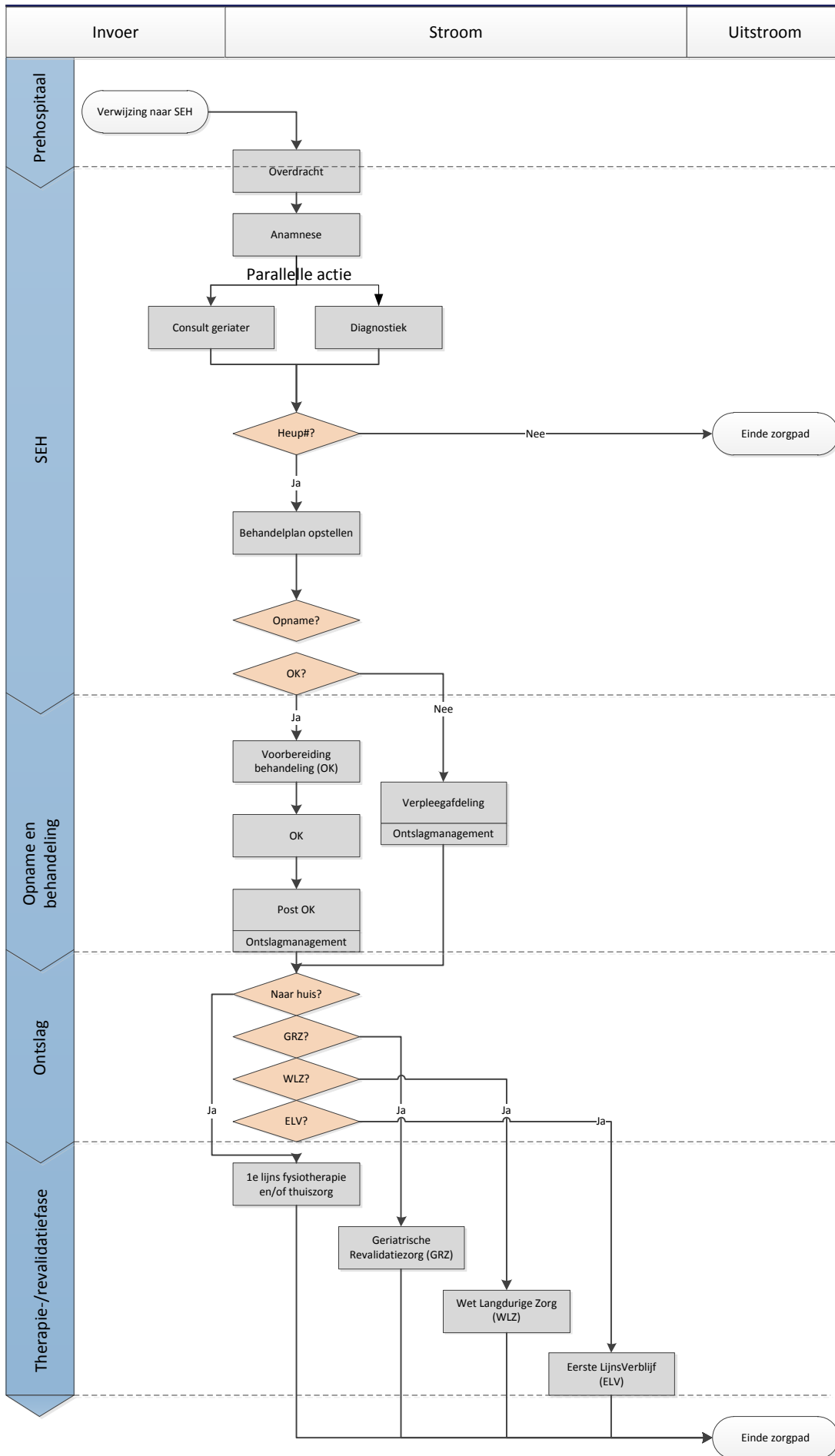
In de bijeenkomst van woensdag 25 mei 2016 is met de leden van de focusgroep gebrainstormd over de implementatie van deze blauwdruk. In hoofdstuk 6 Implementatie wordt hier verder op in gegaan.

### **Juridische betekenis**

Deze blauwdruk is gebaseerd op de meest recente richtlijnen, vingerende protocollen en consensus uit de bijeenkomsten van de werkgroep en focusgroep. Voor de juridische betekenis verwijzen wij naar deze richtlijnen en protocollen.



# Hoofdstuk 3 Stroomschema



## Hoofdstuk 4 Toelichting

In dit hoofdstuk worden de stappen uit de blauwdruk opgesomd die toelichting behoeven.

### Prehospitaal

#### Behandelwens bij (verdenking op) een heupfractuur

Een specialist ouderengeneeskunde (SO) stuurt in principe alleen patiënten in voor diagnostiek die daadwerkelijk een behandelwens hebben. Deze behandelwens moet expliciet genoemd staan in de verwijzing van de SO aan de SEH. Bij patiënten die door 112/ambulance of de huisarts worden verwezen, is dit minder zeker. Het heeft de voorkeur de behandelwensen altijd na te gaan en niet op voorhand uit te gaan van een operatieve behandeling van de heupfractuur.

### SEH

#### Verblijfsduur SEH

De SEH is geen goede omgeving voor kwetsbare, oudere patiënten. Zorg voor snelle diagnostiek en opname waardoor de verblijfsduur op de SEH maximaal 2 uur is, zodat patiënt snel op een verpleegafdeling in een rustige omgeving ligt in afwachting van de operatie<sup>3)</sup>.

#### Diagnostiek

De monodisciplinaire richtlijn<sup>4)</sup> doet uitspraak over welke diagnostiek gebruikt zou moeten worden. Het radiologisch onderzoek, lab en echo cor zijn overgenomen uit deze richtlijn. Over het wel of niet standaard maken van een ECG wordt geen uitspraak gedaan. De werkgroep adviseert om dit alleen op indicatie te doen.

#### Vroegtijdig in consult vragen van geriater

Conform de multidisciplinaire richtlijn<sup>3)</sup> is de aanbeveling van de focusgroep om bij patiënten van 70 jaar en ouder met (verdenking op) een heupfractuur structureel ortho-geriatrische behandeling in te zetten, zowel in het pre- als in het postoperatieve traject. Hierbij is het van belang de geriater zo vroeg mogelijk (lieft al op de SEH) in consult te vragen. Om deze reden is er geen screening op kwetsbaarheid op de SEH in deze blauwdruk opgenomen.

Waar geriater staat kan ook internist ouderengeneeskunde gelezen worden.

#### VMS Kwetsbare ouderen

Indien de patiënt ouder dan 70 is wordt de VMS kwetsbare ouderen afgenomen op de verpleegafdeling. Omdat de geriater de patiënt al heeft beoordeeld is dit instrument bedoeld om de patiënt beter te kunnen begeleiden op de vier dimensies van kwetsbaarheid (delier, valrisico, ondervoeding, fysieke beperkingen).

#### Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)

De multidisciplinaire richtlijn stelt dat het belangrijk is om de kwetsbare oudere patiënt preoperatief goed in beeld te brengen. Het CGA is hiervoor een geschikt instrument.<sup>3)</sup> Daarnaast pleit de werkgroep ervoor om het CGA beschikbaar te stellen aan andere zorgverleners (zoals fysiotherapeut en specialist ouderengeneeskunde).

#### Informatievoorziening naar patiënt

Verstrek algemeen begrijpelijke informatie (mondeling en schriftelijk) over de behandeling en zorg bij een proximale femurfractuur aan de kwetsbare oudere patiënt, familie en, indien aan de orde, aan de wettelijk vertegenwoordiger. Besteed daarbij aandacht aan de volgende punten<sup>4)</sup>: diagnose;

behandelopties; type anesthesie; type analgesie en andere medicatie; chirurgische procedures; mogelijke complicaties; postoperatieve zorg; revalidatie programma; lange termijn resultaten; hoofdbehandelaarschap; medebehandelaarschap en behandelbeperkingen.

## Opname en behandeling

### Hoofdbehandelaarschap

In deze blauwdruk is er vanuit gegaan dat de chirurg hoofdbehandelaar is en blijft. Waar chirurg staat wordt een NVT-gecertificeerd traumachirurg of trauma-gecertificeerd orthopedisch chirurg bedoeld. In ziekenhuizen waarbij de geriater hoofdbehandelaar is of wordt, moeten de specifieke taken van de hoofdbehandelaar bij de geriater worden belegd.

### Geriatrische Trauma Unit (GTU)

Alhoewel wetenschappelijk (nog) niet is aangetoond dat een GTU betere uitkomsten oplevert dan andere vormen van structurele samenwerking met de geriatrie, zijn er wel voordelen te bedenken bij het centraliseren van oudere patiënten met een fractuur. Ongeacht het type afdeling is de oudere patiënt met een heupfractuur gebaad bij verpleegkundigen met geriatrische en chirurgische expertise (Nurse Practitioner / gespecialiseerd verpleegkundige geriatrie / verpleegkundig specialist)<sup>3)</sup>. Sommige ziekenhuizen in regio Noord-Holland en Flevoland werken met een GTU.

### Tijd tot opereren

Opereer een patiënt met een heupfractuur tijdens de dag van opname of de volgende kalenderdag na opname.<sup>4)</sup> Hierbij heeft het de voorkeur om een vast moment op de OK-planning te reserveren. De werkgroep adviseert om in het OK-programma in de ochtend een vast tijdstip in te plannen voor dit type operatie. Het nadeel van 's morgens vroeg is dat bij late binnenkomst de dag ervoor, de geriater nauwelijks meer tijd heeft om de patiënt preoperatief te zien. Aan het einde van het OK programma heeft ook nadelen: er is dan meer kans om van het programma 'af te vallen'.

### Gecertificeerd chirurg

Bij voorkeur wordt een patiënt met een proximale femurfractuur geopereerd door, of onder regie van, een NVT gecertificeerd traumachirurg of trauma-gecertificeerd orthopedisch chirurg. Dit is vanuit de wetenschappelijke verenigingen echter nog geen eis.

### Multidisciplinaire afstemming

In veel ziekenhuizen is er wekelijks of tweemaal per week een multidisciplinair overleg (MDO) waar onder andere patiënten met een heupfractuur worden besproken. Omdat deze patiënten idealiter korter dan een week opgenomen liggen in het ziekenhuis, komt een wekelijks MDO niet altijd op het juiste moment. De werkgroep benadrukt multidisciplinaire afstemming op meerdere momenten in de week. Dit kan in het MDO zijn, een grote visite of door de betrokken zorgverleners op een zeker moment bij elkaar te roepen.

## Ontslag

### Ontslagproces uit ziekenhuis

Een van de punten die duidelijk naar voren is gekomen uit de knelpuntanalyse is het tijdig starten met het ontslagproces. De bijbehorende acties lopen als rode draad door de blauwdruk heen. In principe kan bij opname al een voorlopige ontslagdatum worden gegeven. Direct na OK kan dit specifieker worden gemaakt waarna een aanmelding bij het transferbureau worden gedaan.

## Verwachtingsmanagement

Voor zowel patiënt als familie is het goed om te weten wat er na ontslag uit het ziekenhuis verwacht kan worden in de revalidatiefase; dit is bijvoorbeeld een punt dat de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) benadrukte bij het opstellen van de monodisciplinaire richtlijn<sup>4)</sup>. De informatie wordt bij voorkeur in een persoonlijk gesprek toegelicht en middels een gepersonaliseerde patiëntbrief/-folder ondersteund.

## Overdracht

In juni 2015 heeft de IGZ een steekproef gedaan naar de continuïteit van zorg van ziekenhuis naar VVT<sup>9)</sup>. Hiervoor is een toetsingskader opgezet waar ontslaginformatie van ziekenhuis naar VVT aan zou moeten voldoen. Daarnaast bevat de monodisciplinaire richtlijn een format ontslagbrief<sup>4)</sup>.

Onderdeel	Welke informatie	Welke overdracht
Gestelde diagnose <sup>9)</sup>	Type fractuur <sup>4)</sup> , aangedane zijde <sup>4)</sup>	Kort schriftelijk bericht op dag van ontslag <sup>9)</sup>
Vastgestelde behandelplan/zorgplan <sup>9)</sup>		
De vastgestelde respons van behandeling/begeleiding <sup>9)</sup>		
Ontslag <sup>9)</sup>		
Bij welke problemen contact op te nemen met het ziekenhuis <sup>9)</sup>		
Actueel medicatieoverzicht	Antistolling / dosering / duur	Actueel medicatieoverzicht <sup>4,9)</sup>
<24u en zo snel als nodig is voor verantwoorde zorg	Medicatie bij ontslag Pijnmedicatie	
Anamnese <sup>9)</sup>	Incl. opgenomen vanuit <sup>4)</sup> , mobiliteit voor fractuur <sup>4)</sup>	Medische overdracht <sup>9)</sup>
Lichamelijk onderzoek <sup>4,9)</sup>		
Bespreking <sup>9)</sup>	Incl. therapie <sup>4)</sup> en bevindingen geriatric (CGA, nevendiagnosen <sup>4)</sup> , behandeladviezen <sup>4)</sup> )	
Conclusie/diagnose <sup>9)</sup>		
Beleid <sup>9)</sup>	Incl. osteoporose onderzoek verricht <sup>4)</sup> , behandelbeperkingen <sup>4)</sup>	
Controle afspraken <sup>4)</sup>	hechtingen verwijderen <sup>4)</sup> , controle foto en poli <sup>4)</sup> , osteoporose onderzoek (DEXA), valpoli <sup>4)</sup>	
De verleende zorg <sup>9)</sup>		Verpleegkundige overdracht <sup>9)</sup>
Aan wie de zorg wordt overgedragen <sup>9)</sup>		
Door wie de zorg wordt overgedragen <sup>9)</sup>		
Per wanneer de zorg wordt overgedragen		
De actuele ondersteuningsvragen, zorgproblemen en verpleegkundige diagnoses <sup>9)</sup>		
De beoogde resultaten/doelen <sup>9)</sup>		
De redenen van overplaatsing of ontslag naar huis <sup>9)</sup>		
De redenen voor voortzetting van de zorg <sup>9)</sup>		
De met de patiënt gemaakte afspraken <sup>9)</sup>		
Bij wie de cliënt na ontslag terecht kan met vragen <sup>9)</sup>		
Materiaal/type OK		Fysiotherapeutische overdracht
Beleid/belasting		

Status quo		
Loophulpmiddel		
Mobiliteit bij ontslag <sup>4)</sup>		
Prognose functionaliteit		

### Val- en fractuurpreventie

Het verdient aanbeveling om patiënten met een fractuur, die in aanmerking komen voor een analyse naar hun fractuurrisico, al op de SEH te identificeren. Het is sterk aanbevolen om de screening van risicofactoren bij fractuurpatiënten vanaf 50 jaar te verrichten in een hiervoor gestructureerd transmuraal zorgprogramma, waarbij op een systematische wijze deze patiënten worden opgespoord, zodat al deze patiënten een optimale diagnostiek en, indien nodig, antiosteoporose behandeling ontvangen. De richtlijn adviseert hierbij de inzet van een gespecialiseerd verpleegkundige/praktijkondersteuner voor de organisatie en coördinatie van de inbreng van de snijdend specialist, beschouwend specialist en de huisarts.<sup>10)</sup>

De helft van de patiënten met een heupfractuur gaat na ziekenhuisopname naar de GRZ of de langdurige zorg (WLZ). Valpreventie is hier vaak onderdeel van de zorg; soms wordt er ook aan osteoporosescreening en –behandeling gedaan. Overweeg om de val- en fractuurpreventie af te stemmen met de GRZ-/WLZ-instellingen en met de huisartsen, zo mogelijk samen met de zorgverzekeraar. Voor nu is de val- en fractuurpreventie opgenomen als nazorg vanuit het ziekenhuis.

### Therapie-/revalidatiefase

Uit de traumaregistratie blijkt dat 40% van de patiënten met een heupfractuur na ziekenhuisopname weer naar de eigen woonomgeving gaat en dat 50% naar een andere instelling (verpleeghuis of geriatrische revalidatie) wordt overgeplaatst<sup>8)</sup>. De werkgroep heeft ervoor gekozen om in deze blauwdruk de nadruk te leggen op ontslag naar de geriatrische revalidatiezorg.

### Uitgangspunten Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ)

- Patiënten die naar de GRZ worden overgeplaatst hebben, naast de gebroken heup, vaak verschillende gezondheidsproblemen (multimorbiditeit). Daardoor zijn er meerdere disciplines betrokken bij het revalidatieproces. Denk aan de psycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, diëtist, praktijkverpleegkundige, maatschappelijk werker enz. De hoofdbehandelaar is een specialist ouderengeneeskunde (SO).
- Revalideren is hard werken. De therapeuten en SO zijn coach, maar er zal ook geoefend moeten worden met verpleging/verzorging, mantelzorg, familie en zelfstandig. Er wordt gestuurd op het opvoeren van de zelfzorg, want het ondernemen van dagelijkse activiteiten is extra oefening in het revalidatieproces en bevordert het herstel.
- De gemiddelde verblijfsduur in de GRZ voor patiënten met een heupfractuur is 5 tot 8 weken en de maximale verblijfsduur is 5 à 6 maanden. Het revalidatieproces in de GRZ eindigt wanneer de in het revalidatieplan gedefinieerde doelstellingen zijn behaald óf de revalidatie duurzaam stagneert en de redenen hiervoor optimaal behandeld zijn.

### Uitgangspunten bij ontslag naar huis vanuit het ziekenhuis

- Multidisciplinair revalideren in de GRZ zal alleen nodig zijn bij patiënten met een hogere mate van co-morbiditeit en beperkingen. Bij een goede fysieke toestand, naast de heupfractuur, kan herstel en het reactiveren thuis plaatsvinden. Er zullen dan andere doelstellingen in het hospitale traject moeten worden gesteld, bijv. traplopen, zelfstandig naar toilet kunnen enz.

- Aanvullend kan er thuiszorg (door transferbureau) en/of eerstelijns fysiotherapie (door patiënt zelf) geregeld worden. De fysiotherapeut van het ziekenhuis verzorgt de overdracht naar de eerstelijns fysiotherapie.
- Er zijn op verschillende plekken ontwikkelingen gaande in een zogenaamde transmurale zorgbrug, waarbij afspraken worden gemaakt met de lokale wijkverpleging/buurtzorg bij ontslag naar huis. Patiënten met een heupfractuur die terugkeren naar huis kunnen wellicht gebruik maken van de afspraken die hierover instelling-breed zijn gemaakt.

#### **Uitgangspunten Wet Langdurige Zorg (WLZ) (intramuraal of thuis)**

- Als een patiënt al een WLZ indicatie (somatisch of psychogeriatrisch) had, dan komt een patiënt niet meer in aanmerking voor de GRZ, maar zal hij/zij terugkeren naar de WLZ.
- Er bestaan verschillende hoogtes van WLZ indicaties met een wisselende hoeveelheid behandeluren. Bij terugplaatsing naar de WLZ na een heupfractuur kan een tijdelijke verhoging van de indicatie worden aangevraagd. Het CIZ bepaalt of dit wordt afgegeven.
- De WLZ kan geëffectueerd worden in een verpleeghuis onder behandeling van een SO. Ook worden er arrangementen geboden waarbij de WLZ indicatie in de thuissituatie kan worden verzilverd. Behandeling wordt dan geboden door eerstelijns therapeuten en huisarts of door behandelaars en de SO van een WLZ instelling, al naar gelang de lokale afspraken.
- Het is goed om te weten dat huisartsen zelf niet kunnen inloggen bij CIZ om te kijken welke indicatie een patiënt heeft. Wijkverpleging/buurtzorg kan dit wel.

#### **Uitgangspunten vervolg in Eerstelijns Verblijf (ELV)**

- Als er (nog) niet aan de criteria voor de WLZ en de GRZ wordt voldaan is een kortdurend eerstelijns verblijf (ELV) mogelijk (gefinancierd vanuit de ZVW). De WLZ is een definitieve indicatie en komt een cliënt niet meer uit. Patiënten kunnen voor ELV worden aangemeld door de huisarts of direct vanuit het ziekenhuis.
- De ELV is nog in ontwikkeling en er is nog veel onzeker over.

## Hoofdstuk 5 Uitgeschreven taken

A	PREHOSPITAAL: VERWIJZING	Huisarts	SO (vph)	Ambu vpk				Richtlijn + evidence / Indicator
1	Verwijzer onderzoekt patiënt en stelt werkdiagnose	x	x	x				-
2	Schrijft verwijzing (tenminste vraagstelling, voorgeschiedenis en medicatie, bij voorkeur ook behandelwensen/-beperkingen) en geeft deze mee aan ambulance	x	x					-
3	Belt MKA voor ambulancevervoer	x	x					-
4	Vervoert patiënt (een vooraankondiging is niet nodig)			x				-
B	SEH: OVERDRACHT en OPVANG			Ambu vpk	SEH-vpk	SEH-admin	SEH-arts/ chirurg	Richtlijn + evidence / Indicator
1	Draagt patiënt over aan SEH via SBAR <sup>5)</sup>			x				-
2	Schrijft/typt ambulanceritformulier en draagt deze én verwijzing over aan SEH			x				-
3	Ontvangt patiënt en informatie uit SBAR en verwijzing				x			-
4	Schrijft patiënt in					x		-
5	Opvang volgens ABCD methodiek				x		x	-
C	SEH: ANAMNESE en CONSULT GERIATER				SEH-vpk	SEH-admin	SEH-arts/ chirurg	Richtlijn + evidence / Indicator
1	AMPLE uitvragen				x		X	-
2	Trieert patiënt				x			-
3	Gegevens contactpersoon noteren en hoofdbehandelaar kenbaar maken				x			Richtlijn <sup>3)</sup> IGZ
4	Plaatsen op anti-decubitus matras en decubituscontrole				x			Richtlijn <sup>4)</sup> consensus
5	Bepaalt pijnscore <sup>4)</sup>				x			
6	Geeft pijnstilling volgens protocol <sup>4)</sup> (voor details zie richtlijn <sup>4)</sup> Hoofdstuk 15)				x			
7	Patiënt warmhouden				x			
8	Vraagstelling/behandelwensen nagaan (bij verwijzing door SO/HA idealiter uit verwijzing, anders navragen)				x		x	
9	Lichamelijk onderzoek (voor details zie richtlijn <sup>4)</sup> Hoofdstuk 3)						x	Richtlijn <sup>4)</sup> : consensus

10	Voorgeschiedenis (voor details zie richtlijn <sup>4)</sup> Hoofdstuk 3) en medicatie nagaan						X (kan ook door apotheek)	Richtlijn <sup>3)</sup> : sterk
11	Co-morbiditeit vaststellen <sup>3)</sup>						x	Richtlijn <sup>3)</sup> : sterk
12	>70 jaar: eerste (telefonische) consult door geriater (ICC of medebehandeling) <sup>3)</sup> aanvragen (vervolg kan ook op afdeling).						X	Richtlijn <sup>3)</sup> : sterk
13	Codebeleid/reanimeerbeleid vaststellen						x	
14	Woonsituatie vaststellen <sup>3)</sup> en welke zorg (thuiszorg etc.) al voor opname				x			Richtlijn <sup>3)</sup> : sterk
15	Aanbrengen CAD/urine katheter				x			
<b>D</b>	<b>SEH: DIAGNOSTIEK (voor een snelle doorloop: parallel aan onderdeel C laten lopen)</b>	Röntgen-laborant	Radioloog			SEH-vpk	SEH-arts/ chirurg	Richtlijn + evidence / Indicator
	<b>Beeldvorming</b>							
1	Vraagt röntgenfoto's aan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• standaard: AP röntgenopname bekken / axiale röntgenopname aangedane zijde<sup>4)</sup></li> <li>• op indicatie: AP opname proximale femur / X-thorax (bij cardiale/pulmonale symptomen) / CT- of MRI-scan (indien röntgenopname niet conclusief, maar wel klinische verdenking)<sup>4)</sup></li> </ul>						x	Richtlijn <sup>4)</sup> : consensus  Richtlijn <sup>4)</sup> : consensus
2	Maakt aangevraagde röntgenfoto's	x						
3	Maakt verslag röntgenfoto's		x					
	<b>Labonderzoek</b>							
5	Lab afnemen volgens ziekenhuisprotocol, tenminste hemoglobine, albumine en creatinine/eGFR <sup>3)</sup> . Kruisbloed.				x			Richtlijn <sup>3)</sup> : matig
6	Urinesediment afnemen				x			
	<b>Aanvullend onderzoek</b>							
7	Op indicatie: in overleg met anesthesioloog ECG aanvragen (> 60 jaar / cardiale symptomen)						x	
<b>E</b>	<b>BESLISMOMENT: opname ja/nee, OK ja/nee</b>		Chirurg	Geriatr	SEH-vpk			Richtlijn + evidence / Indicator
1	Mogelijkheden wel of geen opname toelichten aan patiënt/familie. In overleg met patiënt/familie en evt. met SO of huisarts (verwijzer) besluit tot opname ja/nee.		x					Richtlijn <sup>3)</sup> : sterk



	Mogelijkheden wel/geen OK toelichten. (overwegingen zie 4, H 4.2) In overleg met geriater én patiënt/familie het behandeltraject bepalen. <b>Indien geen opname en/of OK:</b> pijnmedicatie en comfortabel houden. <b>Door naar ontslag.</b>							
2	Opname regelen				x			
3	Informed consent voor operatie (+ vastleggen in status)		x					
<b>F</b>	<b>VERPLEEGAFDELING: GERIATRISCH IN KAART BRENGEN</b>	Afd-vpk	Chirurg	Gerlater	Anesthesio- loog	transfer		Richtlijn + evidence / Indicator
1	Vragenset voor DHFA afnemen (Katz-ADL6, SNAQ, mobiliteit vóór fractuur binnens- en buitenshuis, dementie in VG anamnese, medicatie voor osteoporose?) Evt. al (gedeeltelijk) uit anamnese SEH. <sup>5)</sup>	x						DHFA
2	Indien >70 jaar: VMS kwetsbare ouderen afnemen (Delier met CAM/DOSS, valrisico, ondervoeding met SNAQ/MUST/MNA, fysieke beperkingen met KATZ-ADL6) afnemen (zie overlap met DHFA) <sup>3,6)</sup>	x						
3	Bij verhoogde score op VMS: acties uit VMS inzetten, denk aan delier, ondervoeding, vallen, fysieke beperkingen. Volg ziekenhuisprotocol. <sup>6)</sup>	x						
4	Indien geriater na 1 <sup>e</sup> consult zo besluit: CGA afnemen <sup>3)</sup> en beschikbaar stellen aan hoofdbehandelaar			x				Richtlijn <sup>3)</sup> : sterk
5	Beleid t.a.v. kwetsbaarheid bepalen en inzetten			x				Richtlijn <sup>3)</sup> : sterk
<b>G</b>	<b>VERPLEEGAFDELING: VOORBEREIDING OK (Indien keuze voor geen OK ga naar deel I)</b>	Afd-vpk	Chirurg	Gerlater	Anesthesio- loog	transfer		Richtlijn + evidence / Indicator
1	Tijdstip OK plannen; bij voorkeur dag van binnenkomst, of uiterlijk de volgende kalenderdag <sup>4)</sup>		x		x			Richtlijn <sup>4)</sup> : -
2	Patiënt aanmelden bij anesthesioloog		x					
3	Pre-operatief consult door anesthesioloog, op indicatie ook internist, cardioloog en/of longarts				x			
4	Op indicatie: echo cor <24 uur aanvragen (bij verdenking op ernstige aortaklepstenose) <sup>3)</sup>				x			Richtlijn <sup>3)</sup> : -
5	Bereid de patiënt voor op OK volgens ziekenhuisprotocol.	x	x		x			
6	Corrigeer zo spoedig mogelijk de volgende geconstateerde afwijkingen: anemie, stollingsafwijkingen, ondervulling,		x	x				Richtlijn <sup>3)</sup> : sterk

	elektrolytstoornissen, onregelde diabetes mellitus, symptomatische hartfalen, corrigeerbare hartritmestoornissen of cardiale ischaemie, pneumonie en exacerbatie COPD. <sup>3)</sup>							
7	Indien uitgesteld geopereerd: geef preoperatief tromboseprofylaxe (laatste gift LMWH>12 uur preoperatief) <sup>4)</sup> (details zie richtlijn <sup>4)</sup> hoofdstuk 12)		x					Richtlijn <sup>4)</sup> : -
8	Pijnmedicatie voorschrijven volgens ziekenhuisprotocol <sup>1,4)</sup> (voor details zie richtlijn <sup>4)</sup> Hoofdstuk 15)		x					IGZ
9	Checklist operatief proces (bijv. 'Surpass', 'TOP123', e.d.)	x						
<b>H</b>	<b>BEHANDELING (OK)</b>			Chirurg				Richtlijn + evidence / Indicator
1	Zie Conceptrichtlijn proximale femurfractuur 2016 <sup>4)</sup> en ziekenhuis protocollen chirurgie/orthopedie voor verschillende type fracturen.		x					Richtlijn <sup>4)</sup>
<b>I</b>	<b>DAG 0 POST-OK (DAG VAN DE OPERATIE)</b>	Afd-vpk	Chirurg	Geriatr	fysio	transfer		Richtlijn + evidence / Indicator
1	In (elektronisch) patiëntendossier afspraken nalezen m.b.t. het te volgen beleid postoperatief; verpleegkundig beleid uitvoeren	x						
2	DOS(S) afnemen; delier protocol volgen <sup>1,3)</sup>	x						Richtlijn <sup>3)</sup> : - IGZ
3	Pijnmeting volgens ziekenhuisbreed protocol voor pijnmeting <sup>1,4)</sup> .	x						IGZ Richtlijn <sup>4)</sup> : sterk
4	Pijnmedicatie volgens lokale afspraken (voor details zie richtlijn <sup>4)</sup> Hoofdstuk 15)		x					Richtlijn <sup>4)</sup> : sterk
5	Postoperatieve controles als pols, temperatuur, tensie <sup>3)</sup> , drain, vullingsstatus <sup>3)</sup> , urine, wonddrukverband, Hb <sup>3)</sup> en Ht volgens lokale afspraken.	x						Richtlijn <sup>3)</sup> : sterk
6	Start tromboseprofylaxe (bij voorkeur LMWH) tenminste 6 uur na ingreep of wijzig eigen antistolling en informeer patiënt en/of familie/mantelzorg hierover. Overweeg mechanische profylaxe toe te voegen. Continueer farmacologische tromboseprofylaxe voor een duur van 28 tot 35 dagen na operatie. Indien patiënt preoperatief reeds voor een andere indicatie een Vitamine K antagonist of een NOAC gebruikt, wordt verwezen naar module 8.1 van de monodisciplinaire richtlijn proximale		x					Richtlijn <sup>4)</sup> : -

	femurfractuur <sup>4)</sup>							
J	1e DAG POST-OK	Afd-vpk	Chirurg	Geriatier	fysio	transfer		Richtlijn + evidence / Indicator
1	DOS(S) afnemen; delier protocol volgen <sup>1,3)</sup>	x						Richtlijn <sup>3)</sup> : - IGZ
2	Pijnmeting volgens ziekenhuisbreed protocol voor pijnmeting <sup>1,4)</sup> . Pijnmedicatie volgens afspraken met/protocol anesthesiologie (voor details zie richtlijn <sup>4)</sup> Hoofdstuk 15)	x						IGZ Richtlijn <sup>4)</sup> : sterk
3	CAD/urinekatheter uit (<24 uur) <sup>3)</sup>	x						Richtlijn <sup>3)</sup> : sterk
4	Bloedanalyse: Hb <sup>3)</sup> , Ht, K, Na, Kreat	x						Hb Richtlijn <sup>3)</sup> : sterk
4	Monitoren van klinische veranderingen en complicaties (denk aan vitale functies (zoals pols, temperatuur, tensie <sup>3)</sup> ), drain, vullingsstatus <sup>3)</sup> , urine, mictie/defaecatie <sup>3)</sup> , wonddrukverband, voedingstoestand <sup>3)</sup> , nierfunctie <sup>3)</sup> )	x						Richtlijn <sup>3)</sup> : sterk
5	Indien geïndiceerd: dagelijks bezoek geriater / geriatisch verpleegkundige: - Klinische veranderingen (zie hierboven) doorspreken - Behandeling van geriatrische problematiek en complicaties (denk aan colecalciferol, slikscreening, vitamine D supplementie, laagdrempelig bloedtransfusie, calcium, eiwitrijke voeding, etc.) <sup>3)</sup>	x		x x x				Richtlijn <sup>3)</sup> : sterk
6	Indien nog niet bekend: Thuisituatie inventariseren (evt. uit CGA halen), inclusief zorgbehoefte en actuele mobiliteit in relatie tot het nemen van ontslagmaatregelen. <sup>3)</sup>	x				x		Richtlijn <sup>3)</sup> :
7	Mobilisatie-advies opstellen voor hospitale traject, aan de hand van informatie van verpleegkundige, chirurg en geriater. Patiënt en verpleegkundige informeren over mobilisatie-advies. Transfer bedstoel kan al met verpleegkundige.	(x)			x			
8	Mobilisatie onder begeleiding van fysiotherapeut en aanvullend met verpleegkundige (bijv. lopend naar toilet i.p.v. in rolstoel enz.). Overweeg een dagprogramma met activiteitenbegeleiding <sup>3)</sup>	x			x			Richtlijn <sup>3)</sup> : zwak
9	Zo vaak als nodig: multidisciplinaire afstemming (bijv. MDO, telefonisch, grote visite)	x	x	x	x	Op indicatie		
10	Patiënt en familie informeren over mogelijkheden vervolgzorg	x				x		

	(GRZ, ELV, WLZ, huiswaarts met thuiszorg & fysio) Mondeling (door iemand met deze expertise) en met folder.							
11	Patiënt aanmelden bij transferbureau (regio groot ASD via Point). Verpleegkundige verzamelt de adviezen van geriater, fysio en evt chirurg om een gerichte aanvraag te kunnen doen.	x		(x)	(x)			
12	Doet vooraankondiging/aanvraag voor vervolgzorg (WLZ, ELV, GRZ) (bij SO of CIZ) of thuiszorg en bewaakt dit proces (regio groot ASD via Point).					x		
13	Indien aanvraag voor GRZ: SO triert patiënt op basis van beschikbaar gestelde informatie (regio groot ASD via Point).							
<b>K</b>	<b>2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> en latere DAGEN POST-OK</b>	Afd-vpk	Chirurg	Gerlater	fysio	transfer		Richtlijn + evidence / Indicator
1	Dagelijks DOS(S) afnemen; delier protocol volgen <sup>1,3)</sup>	x						Richtlijn <sup>3)</sup> : - IGZ
2	Regelmatig pijnmeting volgens ziekenhuisbreed protocol voor pijnmeting <sup>1,4)</sup> . Pijnmedicatie volgens afspraken met/protocol anesthesiologie. (voor details zie richtlijn <sup>4)</sup> Hoofdstuk 15)	x						IGZ Richtlijn <sup>4)</sup> : sterk
3	Op indicatie: herhaling bloedanalyse: Hb <sup>3)</sup> (en evt. Ht, CRP)	x						Hb Richtlijn <sup>3)</sup> : sterk
4	Monitoren van klinische veranderingen en complicaties (denk aan vitale functies (zoals pols, temperatuur, tensie <sup>3)</sup> ), drain, vullingsstatus <sup>3)</sup> , urine, mictie/defaecatie <sup>3)</sup> , wonddrukverband, voedingstoestand <sup>3)</sup> , nierfunctie <sup>3)</sup> )	x						Richtlijn <sup>3)</sup> : sterk
5	Indien geïndiceerd: dagelijks bezoek geriater / geriatisch verpleegkundige: - Klinische veranderingen (zie hierboven) doorspreken - Behandeling van geriatrische problematiek en complicaties (denk aan colecalciferol, slikscreening, vitamine D supplementie, laagdrempelig bloedtransfusie, calcium, eiwitrijke voeding, etc.) <sup>3)</sup>	x		x x x				Richtlijn <sup>3)</sup> : sterk
6	Dagelijks mobilisatie onder begeleiding van fysiotherapeut en aanvullend met verpleegkundige (bijv. lopend naar toilet i.p.v. in rolstoel enz.). Overweeg een dagprogramma met activiteitenbegeleiding <sup>3)</sup>	x					x	Richtlijn <sup>3)</sup> : zwak
7	Dag 2: Vervolgzorg checken	x						

8	Bewaken van de aanvraag voor vervolgzorginstelling (WLZ, ELV, GRZ) en koppelt dit terug aan afdelingsverpleegkundige.					x		
9	Dagelijks ontslagrelevante complicaties terugkoppelen aan transferbureau c.q. voorlopige ontslagdatum monitoren	x						
10	Dagelijks verpleegkundige handelingen (wondzorg, urinekatheter, evt. laxeren, antistolling, drinken, infuus, ...)	x						
11	Vanaf dag 3: zelfzorg patiënt uitbreiden	x						
12	Dag 2 of 3: Patiënt en familie informeren over ontslagdatum.	x						
<b>L</b>	<b>Vorbereiding ontslag</b>	Afd-vpk	Chirurg	Geriatier	fysio	transfer		Richtlijn + evidence / Indicator
1	Indien naar huis: hechtingen (tenzij intracutaan) laten verwijderen door huisarts (2 weken na OK)		x					
2	Policonrole + controlefoto plannen (6 á 8 weken na OK)		x					
3	Indien naar huis of GRZ (vervolgonderzoek naar osteoporose is waarschijnlijk mogelijk): DEXA met VFA en aansluitend osteoporosepoli plannen over 3 maanden, in overleg met patiënt en/of familie. Brief/folder meegeven hierover. Het kan ook zijn dat een osteoporoseverpleegkundige deze patiënten opspoort en uitnodigt om een afspraak te maken.		x					Richtlijn <sup>4)</sup> : matig
4	Indien ontslag naar huis: valscreening plannen. (Indien patiënt naar GRZ/ELV/WLZ gebeurt dat daar)		x					
5	Indien >50 jaar: Geef een onderhoudsdosering colecalciferol van ten minste 800 IE per dag en doe een spiegelbepaling om te kijken of deze dosering adequaat is (ophogen bij <75nmol/L). Indien een spiegelbepaling lastig of onwenselijk is, kan ook pragmatisch worden gekozen voor een hogere onderhoudsdosis, zoals 1600 IE/dag.		x					Richtlijn <sup>3)</sup> : sterk
6	Indien patiënt >80 jaar en levensverwachting >6 maanden en vervolgonderzoek naar osteoporose is niet mogelijk (bijv. bij patiënten die naar WLZ gaan): overweeg sterk om te starten met een bifosfonaat of denosunab <sup>4)</sup>		x					Richtlijn <sup>4)</sup> : zwak
7	Belafpraak over 3 maanden plannen voor KATZ-6-ADL en prefracture mobility score van DHFA <sup>5)</sup>		x					DHFA
8	Afspraken (en bij ontslag naar huis tevens medicatielijst) meegeven aan patiënt	x						

9	Zorgdragen voor een volledige en tijdige medische, verpleegkundige <sup>4,9)</sup> , fysiotherapeutische overdracht en actuele medicatielijst (schriftelijk meegeven en/of elektronisch versturen).	x	x		x			
10	Patiënt en familie inlichten over vervolgzorgtraject, plus patiëntbrief meegeven.	x				x		
11	Bij ontslag naar huis: zorgdragen voor medicatie en/of verbandmiddelen voor eerste (paar) dag(en); hetzij meegeven of d.m.v. recept	X	x					
12	Bij ontslag naar huis: inzetten transmurale zorgbrug (indien hier ziekenhuisbrede afspraken over zijn)					X		
13	Ambulance vervoer van patiënt aanvragen. Ambulance heeft SBAR overdracht nodig bij overplaatsing, inclusief reanimatiebeleid.	x						

<b>M</b>		<b>Vervolgzorg in GRZ, WLZ of ontslag naar eigen woonomgeving</b>						
<b>M1</b>	<b>Optie vervolgzorg 1: GRZ</b>	Secr	EVV/PB	SO	Fysio	Ergo	Overig	
1	Clïent en familie inlichten over zorg- en herstelprogramma in GRZ		x					
2	Kennismaking / intake / anamnese / lichamelijk onderzoek / op indicatie inschakelen overige paramedische disciplines (psycholoog, diëtist, logopedist)			x				
3	Kennismaking: transferadvies/hulpmiddelen in kaart brengen en (op indicatie) verstrekken loophulpmiddel		x		x			
4	Check medische, verpleegkundige, fysiotherapeutische overdracht en actuele medicatielijst.		x	x	x			
5	Opvragen informatie huisarts	x						
6	Bespreken reanimeer-/calamiteitenbeleid		x	x				
7	Opstellen zorg-/revalidatieplan met revalidatiedoelstellingen voor ontslag, tijdsduur en voorlopige ontslagbestemming (SMART geformuleerd)		x	x	x			
8	Intake door paramedische disciplines				x	x	Maatschappelijk werk	
9	Intake en onderzoek:				x			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Afnemen meetinstrumenten</li> <li>Start therapie</li> </ul>						
10	Indien van toepassing: huisaanpassingen aanvragen/regelen		x				
11	Bijna dagelijks: fysiotherapie. Let wel: oefenen/mobiliseren kan/moet ook zonder fysio doorgaan.				x		
12	Twee weken na OK: verwijderen hechtingen		x				
13	MDO ter evaluatie planning en doelstellingen. Evt. zorg-/herstelplan bijstellen. Aansluitend cliënt en familie/mantelzorger informeren.		x	x	x	x	Op indicatie: psycholoog en logopedist
14	Gemaakte afspraken (denk aan fractuurbespreking, voortgang en MDO) over wederzijdse terugkoppeling nakomen			x			Chirurg (meest verwijzende ziekenhuis)
<b>M2</b>	<b>Optie vervolgzorg 2: WLZ</b>	Secr	EVV/PB	SO			
	<i>De WLZ is nog heterogener dan de GRZ en is daarom lastig in een stappenplan te vangen. Zie hoofdstuk 4 voor algemene uitgangspunten.</i>						
<b>M3</b>	<b>Optie vervolgzorg 3: Eigen woonomgeving</b>	Patiënt / familie	Wijkvpk/buurtzorg	Eerstelijns fysio	Huisarts		
1	Eerstelijns fysiotherapie aanvragen	x					
2	Bij medische problemen huisarts raadplegen	x					
3	Patiënt ondersteunen bij ADL		x				
4	Fysiotherapie			x			
5	Oefenen met mobiliseren en participeren	x					

## Hoofdstuk 6 Implementatie

Dit voorbeeld-implementatieplan is gebaseerd op de zogenaamde 'Doorbraakmethode'. Dit is een implementatiestrategie die veel in de zorg is ingezet. In relatief korte tijd wordt verbetering van de patiëntenzorg gerealiseerd, meestal gebaseerd op de meest recente richtlijnen, expert opinion en best practices. De doorbraakmethode kenmerkt zich doordat op meerdere plaatsen tegelijkertijd projectteams bezig zijn met een verbeterprojecten. Dat werkt stimulerend voor de individuele teams en er kan onderling kennis en ervaringen uitgewisseld worden. Dit is een belangrijke impuls om de vaart in het veranderproces te houden. Daarnaast kenmerkt de methode zich door het continu meten van de vooruitgang.

### Voorbeeld implementatieplan volgens Doorbraakmethode

#### Structuur

Kernteam:	Mariska Offeringa-Klooster, stafadviseur TraumaNet AMC; Annelies Toor, stafadviseur Netwerk Acute Zorg Noordwest; + expert(s) implementatieprojecten/Doorbraakmethode;
Projectleider:	Verantwoordelijk in het ziekenhuis die het projectteam aanstuurt en aanspreekpunt is voor het kernteam;
Projectteam:	Multidisciplinair team per ziekenhuis die dit implementatieproject gaan opzetten, uitvoeren en monitoren.

#### Intakegesprek (*planning: 4e kwartaal 2016*)

Het intakegesprek vindt plaats met de contactpersoon uit de focusgroep heupfracturen of met een al aangewezen projectleider uit het ziekenhuis. Belangrijkste vragen:

- Bereidheid tot implementeren van de richtlijnen aan de hand van deze blauwdruk en implementatieplan?  
NB: de blauwdruk is vooral een hulpmiddel om de recente richtlijnen in te kunnen voeren.
- Wie wordt projectleider in het ziekenhuis?
- Wat wordt de samenstelling van het multidisciplinaire projectteam? Denk hierbij ook aan een vertegenwoordiger uit de GRZ-instelling(en) waarmee het meest wordt samengewerkt.

#### Startbijeenkomst in ziekenhuis (*planning: 4e kwartaal 2016/begin 1<sup>e</sup> kwartaal 2017*)

De startbijeenkomst vindt plaats met het projectteam en ondersteund vanuit het kernteam. Belangrijke vragen bij deze bijeenkomst:

- Uitgangssituatie versus de blauwdruk: welke top 3 willen we verbeteren?  
Formulier 3 SMART-doelstellingen.
- Hoe kunnen we deze doelstellingen meten/monitoren? Denk ook aan een nulmeting van de huidige situatie. Kijk of er handig gebruik gemaakt kan worden van bestaande data uit eigen ZIS, DHFA of LTR.
- Welke veranderingen kunnen we invoeren die kunnen leiden tot het bereiken van de geformuleerde doelstellingen? Is er verbetering te behalen? Is er draagvlak?
- Welke knelpunten zijn er te verwachten binnen het project?
- Hoe betrekken we de diverse specialismen en afdelingen in het ziekenhuis en GRZ-instelling(en)?
- Welke randvoorwaarden (zoals mensen, tijd, etc) om dit project uit te voeren?



Na deze bijeenkomst gaat het projectteam aan de slag met: (*planning: 1<sup>e</sup> kwartaal 2017*)

- **Plan van aanpak:** beschrijving knelpunten in de uitgangssituatie, de te bereiken doelstellingen, een nulmeting van de doelstellingen, de indicatoren om de voortgang te bewaken, een overzicht van de in te voeren veranderingen met een tijdspad en de acties om deze veranderingen teweeg te brengen.
- **Meetplan:** gedetailleerde beschrijving van de indicatoren en de werkwijze voor het uitvoeren van de metingen.

### **Regionale tussenbijeenkomst** (*planning: begin 2<sup>e</sup> kwartaal 2017*)

Doel: uitwisselen van opgedane ervaringen en schetsen van tussenstand tussen de projectteams uit de verschillende ziekenhuizen. Daarnaast kan aandacht besteedt worden aan het aanleren van vaardigheden om de veranderingen in te voeren en een lerend netwerk te creëren.

### **Tussen de bijeenkomsten** (*planning: 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> kwartaal 2017*)

- Werken de teams op hun eigen afdeling of instelling aan het realiseren van verbeteringen;
- Voeren zij metingen uit om te zien of de veranderingen effectief zijn;
- Het kernteam staat de projectteams terzijde. Dit gebeurt door middel van telefonische of schriftelijke feedback over de voortgang, ondersteuning bij het analyseren van gegevens en bezoek op locatie;
- Onderlinge uitwisseling is een belangrijke impuls voor de teams om de vaart erin te houden; plus het stimuleert de onderlinge competitie.

### **Voortgangsrapportages**

- Het projectteam stuurt voortgangsrapportage naar het kernteam. In dit rapport staan per doelstelling de ondernomen activiteiten en de ervaren obstakels. De doelstellingen worden gewaardeerd met de IHI-score:
  1. Nog geen verandering ingevoerd;
  2. Verandering ingevoerd, nog geen verbetering zichtbaar;
  3. Verandering ingevoerd, verbetering zichtbaar;
  4. Verandering ingevoerd, gewenste verbetering is gehaald;
  5. Verandering ingevoerd, verbetering van bijzonder niveau en toonaangevend.

### **Slotbijeenkomst (= 4e focusgroep bijeenkomst)** (*Planning: eind 2<sup>e</sup>/begin 3e kwartaal 2017*)

In de slotbijeenkomst presenteren de projectteams de resultaten. Er worden afspraken gemaakt over de nazorg-fase (borging) en over het naar buiten treden met de resultaten (wetenschappelijk onderzoek, vaktijdschriften, congressen, ROAZ enz.).

### **Nazorg**

Dit is het moment dat het kernteam zich terugtrekt en de ziekenhuizen zelf aan de slag gaan met de borging van de veranderingen. Een aantal doelstellingen kunnen verder vervolgd worden door de data van de LTR (via coördinatoren regionale traumaregistratie) en DHFA (via Nederlandse Vereniging van Traumachirurgie) te gebruiken.

## Hoofdstuk 7 Afkortingen en bronnen

### Afkortingen

ELV	Eerstelijns Verblijf
Ergo	Ergotherapeut
EVV	Eerste verantwoordelijk verpleegkundige/verzorgende
Fysio	Fysiotherapeut
GRZ	Geriatrische Revalidatie Zorg (Tijdelijk intramuraal verblijf, multidisciplinair, gericht op terugkeer naar (verzorgings-)huis, onder hoofdbehandelaarschap van specialist ouderengeneeskunde. Maximale verblijfsduur is 6 maanden.)
Kwetsbaar	Het begrip 'kwetsbaarheid' kent verschillende definities. Het is geen ziekte, maar een verzameling risicofactoren. Kwetsbaarheid is een specifieke conditie bij ouderen die geassocieerd is met een verhoogd risico op vooral fysiek functieverlies. Dit risico op functieverlies is niet identiek aan, maar wordt wel geassocieerd met veroudering, beperkingen en multimorbiditeit. Kwetsbare personen zijn vaker oud, hebben meer dan één (chronische) aandoening, meer lichamelijke beperkingen en een slechtere gepercipieerde gezondheid. <sup>6)</sup>
LTR	Landelijke Traumaregistratie
PB	Persoonlijk Begeleider
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorg
SO	specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts)
WLZ	Wet Langdurige Zorg
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ZIN	Zorginstituut Nederland

### Bronnen

1. IGZ basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016  
[http://www.igz.nl/Images/IGZ%20Basisset%20kwaliteitsindicatoren%20ziekenhuizen%202016\\_tcm294-367407.pdf](http://www.igz.nl/Images/IGZ%20Basisset%20kwaliteitsindicatoren%20ziekenhuizen%202016_tcm294-367407.pdf)
2. Zorginstituut Nederland, Spoed moet goed, Indicatoren en normen voor zes spoedzorgindicaties, 16-12-2015, zie <https://www.zorginstituutnederland.nl>
3. Conceptrichtlijn multidisciplinaire behandeling van kwetsbare ouderen rondom chirurgische ingrepen, januari 2016 zie  
<http://heelkunde.nl/sites/heelkunde.nl/files/Conceptrichtlijn%20multidisciplinaire%20behandeling.pdf>
4. Conceptrichtlijn Proximale femurfracturen, maart 2016, zie  
<http://www.orthopeden.org/uploads/px/wO/pxwOQxpJa8yBJ8Falcui8A/Bijlage-1.-Conceptrichtlijn-Proximale-femurfracturen.pdf>
5. Dutch Hip Fracture Audit, zie <http://www.trauma.nl/sites/www.trauma.nl/files/REF%20-3-%20DHFA-parameters-definitief-2016.pdf>
6. VMS, thema kwetsbare ouderen, zie <http://www.vmszorg.nl/themas/kwetsbare-ouderen>
7. Landelijk Protocol Ambulancezorg 8 (LPA8), vanaf januari 2015
8. Landelijke traumaregistratie, regio Noord-Holland en Flevoland.
9. Inspectie voor de gezondheidszorg, Continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen niet gewaarborgd, juni 2015, zie [http://www.anbo.nl/sites/default/files/uploads/2015-06-08\\_rapport\\_continuiteit\\_van\\_zorg\\_voor\\_kwetsbare\\_ouderen\\_zh-vvt\\_tcm294-366374.pdf](http://www.anbo.nl/sites/default/files/uploads/2015-06-08_rapport_continuiteit_van_zorg_voor_kwetsbare_ouderen_zh-vvt_tcm294-366374.pdf)
10. Richtlijn Osteoporose en Fractuurpreventie, derde herziening, 2011, zie:  
[https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg\\_org/uploads/osteoporose-en-fractuurpreventie.pdf](https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/osteoporose-en-fractuurpreventie.pdf)