



Jan-Willem Louwerens, Taco Gosens, Joost Colaris, Anouk Giesberts, Sjoerd Bulstra

## **COVID-19 en orthopedie: leidraad voor herstart poliklinische en klinische zorg**

[COVID-19 en orthopedie: een lastig duo?](#) schetste de (mogelijke) gevolgen van de COVID-19 pandemie voor de orthopedische zorg in 5 fasen. Alles wijst erop dat wij nu de derde fase ingaan waarbij onze aandacht zich niet alleen richt op preventie maar ook op de herstart van de electieve orthopedische zorg.

Hoe gaan wij om met de zogenaamde *verdrongen zorg* en andere problemen die wij kunnen verwachten zoals verwoord in het bovengenoemde bericht? Praktisch vertaald: hoe kunnen we onze poliklinische- en operatieve zorg weer opschalen? Onder welke voorwaarden kunnen wij weer beginnen?

De orthopedisch chirurg heeft zich daarbij natuurlijk te houden aan de landelijke adviezen en leidraden van het RIVM en de FMS. Veiligheid voor de patiënten en voor het gezondheidspersoneel staat daarbij voorop. Hoe men vervolgens te werk gaat, kan per ziekenhuis verschillen en is afhankelijk van lokale en regionale factoren.

Allereerst geldt voor ons en de patiënten het devies om thuis te blijven, het gezonde verstand te gebruiken en natuurlijk de *anderhalve-meter-regel* te hanteren.

### ***Zorg op afstand***

Voorkom dat patiënten onnodig naar het ziekenhuis komen! Dat vraagt om een versterking van de relatie met de huisartsen in de regio. Juist nu is het van groot belang stand-by te zijn voor een consult vanuit de eerste lijn; telefonisch of online (via Zorgdomein of anderszins). Kaart dit desnoods aan bij de huisartsen in de buurt.

Sta patiënten zoveel mogelijk telefonisch of online (beeldbellen) te woord. Dit heeft nu geen gevolgen voor de vergoeding. Leg op de website uit dat je zoveel mogelijk telefonisch consulten doet om ruimte op de polikliniek te creëren.

Niet iedere vraag hoeft op de poli beantwoord te worden. Dit vraagt natuurlijk een uitgebreide verwijzing van de huisarts en wellicht zelfs beeldvormend onderzoek in het voortraject. Ook kan de zorgvraag verduidelijkt worden door de patiënt gerichte vragenlijsten en scores te laten invullen, passend bij de verwijzing van de huisarts.

### ***Poliklinische zorg***

Tref speciale maatregelen voor de mensen die wel een bezoek aan de poli orthopedie nodig hebben! Creëer ten eerste ruimte voor de *anderhalve-meter-regel*. Niet alleen in de wachtkamer op je eigen poli, maar bijvoorbeeld ook in die van de radiologie. Ga dus proactief in overleg met radiologie als ze nu graag op afspraak werken om drukte in hun wachtkamer te voorkomen.

Beperk het gebruik van ondersteunend onderzoek zoals foto's, laboratorium-onderzoek etc. Als ondersteunend onderzoek nodig is, probeer dit dan te combineren met het bezoek aan de polikliniek

en op afspraak. Hierdoor kan ook binnen ondersteunende afdelingen de *anderhalve- meter-regel* worden gehandhaafd.

### **Screeningsbeleid en persoonlijke bescherming**

Voor de adviezen in de leidraad [Persoonlijke bescherming in de \(poli\)klinische setting vanwege SARS-CoV-2](#) (FMS) is een adequaat screeningsbeleid essentieel. Denk daarbij aan een gestructureerde vragenlijst en temperatuurmeting voor ziekenhuisbezoek of opname.

Op grond van deze screening wordt geadviseerd om bij niet-verdachte patiënten alleen basis-hygiënische maatregelen te treffen; geen beschermingsmiddelen dus. Wél handen wassen uiteraard, bij voorkeur ook voordat het toetsenbord weer wordt gebruikt....

Bij verdachte en bewezen COVID-19 patiënten wordt een chirurgisch masker, schort, handschoenen en bril geadviseerd. [Gebruik de tabel maatregelen voor zorgverlener in de richtlijn.](#)

Last but not least. Voor alle medewerkers, met name diegenen met patiëntencontact geldt: 2 keer daags temperatuur meten en zelf-check op aanwezigheid van (ook milde) klachten. Bij klachten thuisblijven en contact opnemen met de bedrijfsarts en testen!

### **Welke patiënten op de poli?**

Wie zijn dan die mensen die wel op de poli mogen komen? Mensen met de meest urgente zorgvragen moeten als eerste in het ziekenhuis terecht kunnen. Leidend daarbij is (de toestand van) de patiënt, de situatie per locatie en niet een DBC-code of NZa-lijst. Zoals in een [artikel op Skipr](#) verwoord: *Een patiënt is geen diagnosecode. Je kunt urgentie dan ook niet vaststellen aan de hand van een diagnosecode. Urgentie is een professionele inschatting, die een arts maakt in de spreekkamer aan de hand van een gesprek met de individuele patiënt. Dat moet je wikken en wegen en vervolgens moet je binnen je ziekenhuis of binnen regio kijken wat kan.*

In de orthopedie doen we veelal aan *gedeelde besluitvorming* (wikken en wegen). In deze periode moeten we daarin ook het volgende meenemen: materiaal, middelen en mensen moeten beschikbaar blijven voor acute problematiek. We moeten dus niet alle poliklinische (maar ook klinische) tijd en activiteiten richten op de electieve zorg.

Het kan zijn dat bepaalde zorg niet op de gewenste plaats geleverd kan worden. Dan is het belangrijk een regionaal overleg te hebben om de vraag van een patiënt zo goed mogelijk te kunnen beantwoorden en desnoods te verwijzen. Gebruik hiervoor de bestaande netwerken, zoals een oncologie-netwerk, een kinderorthopedie-netwerk of een trauma-netwerk.

### **Richtlijnen**

Een ander aspect van de huidige orthopedische besluitvorming is het gebruik van de richtlijnen. In het algemeen kan gesteld worden dat richtlijnen met zorg zijn ingericht en rekening houden met het *zinnige-zorg-principe*. Alhoewel deze term bij veel mensen een reflexmatige tegenzin geeft - en mogelijk suggereert dat er ook *onzinnige zorg* is - geven de richtlijnen aan hoe we een patiënt met een bepaalde ziekte moeten behandelen. In deze lastige tijd, met ernstige overbelasting van ons zorgsysteem en van de zorgprofessionals, is het van groot belang om schade aan de patiënt zoveel mogelijk te beperken. Dát vormt de belangrijkste leidraad bij het nemen van uw beslissingen!

Als u afwijkt van een richtlijn, licht dit dan duidelijk toe in de status van de patiënt.

### **Operatieve zorg**

Mocht er een besluit komen te opereren dan zijn er enkele aandachtspunten. Om te beginnen de spoedindicaties. U kunt daarbij ook denken aan een patiënt met ondraaglijke klachten op basis van een niet als spoed geclassificeerde diagnose. Of een patiënt met een maatschappelijk vitaal beroep, die, bijvoorbeeld door knieklachten niet kan werken.

<b>Spoed</b>
Septische artritis/discitis/osteomyelitis en abscessen
Dreigende (partiële-) dwarslaesie, belangrijke progressieve neurologische uitval
Luxatie met vaatletsel
Compartimentsyndroom, zeer ernstig weke delen letsel (denk aan deglovement)
Instabiele patiënt met fracturen
Septische artritis/discitis/osteomyelitis en abscessen
<b>Semi spoed</b>
Luxatie van een (kunst-) gewricht
Fracturen/letsels (extra- en intra-articulair) en peesrupturen die beslist niet conservatief behandeld kunnen worden
Geïnfecteerde gewrichtsprothese

### **Electieve zorg**

Voor electieve operaties geldt dat de COVID-19 zorg en de non-COVID-19 zorg als een harmonica moeten functioneren. Bij opschaling van de ene zal de andere logischerwijs afschalen. De opschaling van non-COVID-zorg verschilt per ziekenhuis. Het is van groot belang om met alle stakeholders in uw ziekenhuis een model te ontwikkelen dat voor iedereen bevredigend is om de non-COVID-zorg op te schalen. Ga daarover met elkaar in gesprek!

De argumenten voor opschalen van specifieke specialismen kunnen bijvoorbeeld zijn:

[beschikbaarheid van OK-capaciteit en OK-personeel, post-operatieve zorg \(bijvoorbeeld capaciteit IC, PACU, verpleegafdeling\), wachtlijst met semi-spoed operaties, vrije bedden en personeel in kliniek, historische verdeling van OK-uren, QALY's en DALY's \(quality resp. disability adjusted life years\)](#). Er

spelen nog andere factoren een rol in het al dan niet opschalen van de electieve zorg. Als bijvoorbeeld blijkt dat een patiënt alsnog geïnfecteerd is met COVID-19 (of bij verdenking hiervan), moet deze patiënt geïsoleerd behandeld worden. Ook hier moeten bedden voor zijn!

Dientengevolge is het ook logisch dat er voldoende beschermingsmateriaal en medicatie moet zijn. Voor een ZBC geldt dat bij calamiteiten de opvang in het contact-ziekenhuis goed geregeld is. En niet in de laatste plaats, verwijzend naar de grote revalidatiebehoefte van COVID-19 overlevers: er moet voldoende ruimte en personeel zijn voor de post-operatieve opvang van de geopereerde patiënten buiten het ziekenhuis.

We moeten de schade voor de patiënt ook in deze lastige tijd met een overbelast zorgsysteem zoveel mogelijk beperken. Dit moet de belangrijkste leidraad zijn bij het nemen van uw beslissingen!

Vanwege de ziekenhuisopname en de operatie (met als gevolg verminderde weerstand en het krijgen van complicaties) loopt iedere patiënt een verhoogd risico op SARS-CoV-2 infectie. Samen met de patiënt en eventuele medebehandelaars moet u steeds deze afweging maken.

### **Urgentielijst**

De NOV kan het gebruik van de urgentielijst van de NZa niet ondersteunen, zoals weergegeven in het artikel [op Skipr](#). De indicatie voor een operatieve behandeling wordt gesteld op grond van de ernst van het lijden van een patiënt en de noodzaak om binnen afzienbare tijd tot behandeling over te gaan. [Bij het stellen van een operatie-indicatie moeten we ons een aantal zaken afvragen. Wie heeft de operatie het meest nodig? En wie profiteert er het meest van op de lange termijn in de zin van kwaliteit van leven?](#) De voorkeur gaat uit naar dagbehandeling (korte opname en zo min mogelijk COVID-19 exposure) en ASA 1 en 2 patiënten in deze fase.

### **Pre-operatieve screening**

De patiënt moet van tevoren gescreend worden op COVID-19. Hiervoor verwijzen wij naar de recent

aangepaste leidraad [Preoperatieve diagnostiek naar COVID-19 bij asymptomatische patiënten](#) en het [stroomschema](#) van de FMS en NVvH. Het gaat hierbij om ingrepen onder algehele anesthesie. Bij asymptomatische patiënten hoeft er in de preoperatieve screening géén CT-thorax meer gemaakt te worden. Dat is de belangrijkste aanpassing in de leidraad. Bij patiënten die met grote spoed geopereerd moeten worden, is er door deze aanpassing geen preoperatieve screening meer mogelijk. Het advies om de microbiologische test (PCR) uit te voeren blijft staan. Wel moet er gekeken worden naar mogelijkheden om de uitslag van de PCR te versnellen. Mocht dat niet lukken, dan is het advies om de patiënt te beschouwen als COVID-positief.

1-mei-2020