



Universiteit  
Leiden  
The Netherlands

## **Best practices in minimally invasive gynecology: making sense of the evidence**

Sandberg, E.M.

### **Citation**

Sandberg, E. M. (2018, April 25). *Best practices in minimally invasive gynecology: making sense of the evidence*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/61633>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/61633>

**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Cover Page



Universiteit Leiden



The following handle holds various files of this Leiden University dissertation:  
<http://hdl.handle.net/1887/61633>

**Author:** Sandberg, E.M.

**Title:** Best practices in minimally invasive gynecology: making sense of the evidence

**Issue Date:** 2018-04-25

# Chapter 11

Klinische les:  
Optimaliseren van postoperatief herstel thuis  
*Individueel ontslagbeleid en werkafspraken  
tussen huisarts en specialist*

E.M. Sandberg, F.S. Leinweber, M.S. de Vos, J. Linthorst,  
F.A. Holman, A.R.H. Twijnstra, F.W.Jansen

## Abstract

In the last decennia, the length of hospital stay of admitted patients has significantly decreased in all medical fields. As a result, postoperative recovery mainly takes place at home, inherently leading to new challenges. Here, two patients are being discussed for whom the postoperative period was substandard. To guarantee optimal quality of care in the home situation, the medical specialist and the general practitioner need to make the necessary arrangements. We would first of all recommend providing each discharged patient with specific, structured and individualised advices regarding postoperative recovery but also regarding alarm symptoms and logistics (e.g. who to call in case of emergency). Finally, we believe that, as (serious) complications are rare, it should be agreed on the fact that the responsible medical specialist is the coordinator of the postoperative period and the first contact point for postoperative patients.

Dames en heren,

De algemene ligduur van patiënten in Nederlandse ziekenhuizen is de laatste decennia gestaag gedaald.<sup>1</sup> Voor de groep geopereerde patiënten hebben verschillende factoren hieraan bijgedragen, onder andere de introductie en ontwikkeling van nieuwe chirurgische technieken als minimaal invasieve chirurgie, het toenemende aantal ingrepen in dagbehandeling en de beter ingerichte zorgprocessen.<sup>1</sup> Ook de toegenomen financiële doelmatigheid speelt een rol. Door de verkorte ligduur herstellen patiënten nu grotendeels thuis, maar om de hoogste kwaliteit van zorg te kunnen waarborgen zijn aanpassingen nodig. Dat het postoperatieve traject niet altijd optimaal is illustreren wij aan de hand van twee casussen.

**Patiënt A**, een 74-jarige vrouw, werd doorverwezen naar de polikliniek Gynaecologie wegens sinds 6 maanden bestaande zeurende pijn rechts onder in de buik. Ze had een BMI van 32 kg/m<sup>2</sup>, was vitaal voor haar leeftijd en woonde zelfstandig thuis. Haar voorgeschiedenis vermeldde een laparoscopische sterilisatie en diverticulitis van het sigmoïd. Vanwege aanwijzingen voor een ruimte-innemend proces uitgaande van het rechter adnexa verrichtten we een laparoscopische bilaterale adnexectomie. Om de adnexa via de subumbilicale incisie te verwijderen, werd deze incisie tot 5 cm verlengd. De ingreep verliep ongecompliceerd. Pathologisch onderzoek toonde een ovariumfibroom. Patiënte werd op de tweede dag na de operatie in goede klinische conditie naar huis ontslagen. Zij kreeg van de verpleegkundigen 'zoals gebruikelijk' zowel mondelinge als schriftelijke adviezen en instructies mee voor in de thuissituatie. Specifiek werd haar verteld op welke alarmsymptomen zij postoperatief moest letten, welk nummer zij moest bellen indien nodig en wanneer haar poliklinische controle zou plaatsvinden. De zaalarts stuurde de dag van haar ontslag een brief aan de huisarts waarin de operatie en het ongecompliceerde postoperatieve beloop werden beschreven.

In de nacht van de vijfde dag postoperatief nadat patiënte heftig moest niezen liep plotseling fors wondvocht en helderrood bloed uit de wond af bij de navel. Ongerust hierover belde patiënte 's nachts het nummer van de polikliniek dat haar was meegegeven. Zij kreeg echter het antwoordapparaat en besloot de volgende ochtend opnieuw telefonisch contact op te nemen. Zij werd doorverbonden met de zaalarts van de afdeling Gynaecologie die haar de keuze gaf de wond te laten beoordelen door de huisarts of op de afdeling. Hierop nam patiënte 's ochtends zelf contact op met de huisarts, die haar vanwege vermoeden van een fasciedehiscentie (platzbauch) meteen doorstuurde naar de afdeling Gynaecologie.

Hier werd een 4 cm lange fasciedehiscentie van de navelincisie vastgesteld waarbij de darmen à vue kwamen. Patiënte werd direct aangemeld voor een hersteloperatie. Het fasciedefect werd gesloten en patiënte herstelde hierna voorspoedig.

Bij poliklinische controle 6 weken later was patiënte klachtenvrij en werd bij de Valsalva-manoeuvre geen breuk gevoeld. Bij die nacontrole vertelde patiënte dat ze meteen geen goed gevoel had gehad over de wond en dat ze liever direct naar het ziekenhuis had willen komen. Volgens patiënte had de zaalarts gezegd dat ze 'eerst naar de huisarts moest gaan'.

**Patiënt B**, een 61-jarige vrouw met een blanco voorgeschiedenis, werd op de polikliniek Chirurgie gezien met sinds 3 maanden bestaande klachten van een asymptomatische zwelling ter plaatse van haar linker bil.

Bij lichamelijk onderzoek werd een wekedelenzwelling van 5–6 cm gepalpeerd, die loslag van de huid, maar vastzat aan de onderlaag. Voor nadere diagnostiek werd een echogram en een MRI-scan gemaakt, waarop een tumor in de M. gluteus maximus van 63 x 44 x 67 mm zichtbaar werd. Differentiaaldiagnostisch dachten we aan een myxoom, angiomyxoom of fibrosaroom en we besloten de zwelling met marge te excideren. De ingreep verliep ongecompliceerd en patiënte werd de volgende dag ontslagen. Bij het ontslaggesprek kreeg ze mondeling uitleg over de wondverzorging en mondelinge en schriftelijke instructies ten aanzien van alarmsymptomen en postoperatieve adviezen. Pathologisch onderzoek toonde een marginaal verwijderd myxoom met indicatie voor follow-up.

Op de zestiende dag postoperatief nam patiënte telefonisch contact op met de afdeling Chirurgie omdat ze steeds ongeruster werd over het wondgebied. Ze zei dat de wond roder en pijnlijker was, maar dat zij geen koorts had. Zij werd daarop beoordeeld door de chirurg. Er was sprake van een geïnfecteerde wond, waarvoor 7 dagen flucloxacilline werd voorgeschreven. Er werden geen vervolgspraken gemaakt voor de wond en patiënte werd geïnstrueerd terug te komen als de klachten toenamen. Tien dagen na dit contact bezocht patiënte haar huisarts omdat ze last had van haar knie. Op dat moment had de huisarts enkel een korte ontslagbrief ontvangen van de chirurg waarin vermeld werd dat de procedure ongecompliceerd was verlopen. Patiënte vertelde de huisarts spontaan over de wondinfectie en het antibioticumbeleid, waarop de huisarts de wond inspecteerde en een kleine, fluctuerende zwelling aan de rand van de wond met geel wondvocht aantrof. De huisarts dacht aan een abces en besloot een ontlastende incisie te verrichten. Hierbij kwamen wondvocht en bloed vrij en bleek de wond een stuk dieper dan de huisarts had verwacht. Hierop stuurde hij patiënte in naar de chirurg.

Bij inspectie zag de chirurg een wond met rustig aspect en een verse incisie die reikte tot 6.5 cm in de diepte. We besloten tot een wondbeleid van éénmaal daags spoelen met

aanvullend een antimicrobieel katoengas geïmpregneerd met dialcylcarbamoylchloride. De wond werd regelmatig gecontroleerd op de wondpoli en het verdere beloop was zonder bijzonderheden.

Bij de laatste controle in het ziekenhuis gaf patiënte aan dat het voor haar onduidelijk was geweest met wie zij precies contact behoorde op te nemen toen de wondproblemen optraden. Bovendien had zij een algemene leefregel meegekregen waarin vermeld stond dat alleen in de eerste week postoperatief contact met de afdeling kon worden opgenomen.

## Beschouwing

De afgelopen decennia wordt ziekenhuisbreed een kortere opnameduur waargenomen.<sup>1</sup> Een gevolg hiervan is dat geopereerde patiënten het grootste deel van het postoperatieve zorgtraject in hun eigen omgeving doorbrengen. Door het ontbreken van continue observatie door het behandelend team moet dit traject nauwlettend ingericht worden, zodat patiënten weten bij wie, wanneer en hoe zij aan de bel moeten trekken.

## Ontslagbeleid

In veel ziekenhuizen wordt het ontslag gecoördineerd door verpleegkundigen die patiënten mondelinge en schriftelijke leefregels meegeven bij ontslag, zoals ook bij patiënt A en B het geval was. Het ontslagbeleid is in de praktijk echter weinig gestroomlijnd. Door gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing zijn hersteladviezen vaak algemeen, weinig gestructureerd en onvoldoende geïndividualiseerd, waardoor patiënten onnodig lang herstellen.<sup>2</sup> Een voorbeeld van opties om het herstel te optimaliseren is het zogeheten 'Enhanced recovery after surgery' (ERAS)-programma, waarbij multidisciplinaire begeleiding en wetenschappelijke onderbouwde interventies vóór, tijdens en na de operatie plaatsvinden.<sup>3</sup> De eerste resultaten zijn veelbelovend en dergelijke initiatieven verdienen de komende jaren navolging.

Uit onderzoek blijkt echter dat de belangrijkste oorzaken van vermijdbare heropnames niet ziektegerelateerd zijn, maar te maken hebben met menselijke communicatie- en coördinatiefouten.<sup>4</sup> Een voorbeeld hiervan is het verkeerde telefoonnummer dat patiënt A meekreeg, waardoor zij tot de volgende ochtend moest wachten om iemand van de ziekenhuisafdeling te spreken.

Optimalisering van het ontslagbeleid is recent tot algemeen speerpunt voor verbetering benoemd in het LUMC. Dit speerpunt volgde uit de resultaten van de routinematige patiëntervaringenenquête, die sinds eind 2013 door meer dan 14.000 patiënten is

ingevuld.<sup>5</sup> Voor zowel de snijdende als niet-snijdende specialismen waren de grootste aandachtspunten bij het ontslagbeleid de controleafspraken en de uitleg over medicijnen en alarmsymptomen.

Aan de hand van de uitkomsten van deze enquête zijn in het LUMC diverse initiatieven ontwikkeld. Om de ontslaginformatie aan patiënten te structureren wordt bijvoorbeeld gebruikgemaakt van 'de drie P's': 'Pillen, Poli-afpraak en Paniek'. Op de afdeling Gynaecologie zijn folders ontwikkeld voor gepersonaliseerde adviezen na ontslag (Tabel 11.1). Naast de checklist voor ontslag en het overzicht van alarmsignalen, kunnen verpleegkundigen hierop aangeven welke adviezen – die momenteel alleen nog gebaseerd zijn op klinische ervaring in plaats van wetenschappelijk bewijs – van toepassing zijn voor de specifieke patiënte.

Table 11.1: Onderwerpen uit de gepersonaliseerde gynaecologiefolder

Checklist voor ontslag
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ontslagmedicatie</li> <li>• Nacontrole op de poli/ afspraken voor uitslagen weefselonderzoek</li> <li>• Ontslag gesprek met arts en verpleegkundige</li> <li>• Opvang thuis</li> </ul>
Algemene adviezen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewegen*</li> <li>• Urineren/stoelgang</li> <li>• (Wond)pijn</li> <li>• Vloeien</li> <li>• Seksualiteit</li> </ul>
Specifieke adviezen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bijvoorbeeld ten aanzien van hechtingen</li> </ul>
Alarmsignalen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koorts &gt;38,5°C</li> <li>• Vaginaal bloedverlies dat sterk toeneemt of sterk ruikt</li> <li>• Pijn ondanks de voorgeschreven pijnstilling</li> <li>• De genezing van de wond is verstoord</li> <li>• Overige zorgen die niet in de folder staan</li> </ul>
Contactgegevens ziekenhuis

\* Voorbeeld van gepersonaliseerde informatie over bewegen

*Bewegen*

Wij adviseren u een periode van rust te nemen van ongeveer:

- 2 weken
- 4 weken
- 6 weken

(Aankruisen wat van toepassing is voor patiënte).



Ontslaginstructies en leefregels dienen met zorg te worden samengesteld zodat duidelijk is dat patiënten bij problemen die gerelateerd zijn aan de behandeling, zich altijd kunnen richten tot de specialist en dat hier geen termijnen voor gelden, zoals wel gesuggereerd werd in de papieren die patiënt B ontving.

### Coördinatie tussen eerste en tweede lijn

Naast gerichte leefregels en hersteladviezen, is het belangrijk te beseffen dat door de verkorte opnameduur huisartsen steeds meer betrokken worden bij patiënten die zich in het postoperatieve traject bevinden. Om die reden is het belangrijk dat de eerste en tweede lijn concrete werkafspraken met elkaar maken. In enkele regio's is daartoe al initiatief genomen.<sup>6</sup> Een goede samenwerking kan vertraging beperken en onnodige zorg zoals bij patiënt A en B vermijden.

Om deze samenwerking goed te laten verlopen is het zaak dat de huisarts tijdig geïnformeerd wordt over de opname en het ontslag. In de richtlijn 'Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen' wordt dan ook aangegeven dat direct bij ontslag een voorlopige ontslagbrief verstuurd moet worden.<sup>7</sup> In de praktijk kan het echter voorkomen dat de ontslagbrief nog ontbreekt of niet volledig is, waardoor de huisarts met incomplete informatie moet werken.

In de casus van patiënt B was de huisarts niet geïnformeerd over de wondinfectie en de behandeling daarvan, maar kwam dit onderwerp spontaan ter sprake tijdens het consult omdat patiënte zich zorgen maakte. Als een geopereerde patiënt zich in de eerste weken van zijn of haar herstel bij de huisarts meldt en er twijfel bestaat over de oorsprong van de klacht, is het belangrijk dat er laagdrempelig overleg met of terugverwijzing naar de verantwoordelijke specialist plaatsvindt. De postoperatieve zorg blijft bij uitstek de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis, en specialisten kunnen in de eerste weken juist de huisartsen hierin ontlasten.

Postoperatieve complicaties komen voornamelijk voor in de eerste 4–6 weken na ontslag, zoals ook gereflecteerd in de termijnen die door de vakgroepen zijn afgesproken voor het registreren van complicaties, respectievelijk 30 dagen na ontslag van de afdeling Chirurgie,<sup>8</sup> en 6 weken bij de afdeling Gynaecologie.<sup>9</sup> Maar het kan natuurlijk altijd gebeuren dat klachten zich later manifesteren. Huisartsen zullen daarom ook langere tijd na de ingreep alert moeten blijven om bij specifieke klachten een postoperatieve complicatie te onderkennen. Het zal duidelijk moeten zijn dat de deur van de specialist altijd openstaat, zowel voor de patiënt als voor de huisarts.

## Telefonische triage

Als geopereerde patiënten telefonisch contact opnemen vanwege klachten, wordt er veelal zonder observatie getrieerd. Dit gaat gepaard met het risico op een inschattingsfout. Zo werd patiënt A, na het uitspreken van haar verontrusting over de wond, zelf voor de keuze gesteld om bij de huisarts of de specialist langs te gaan. Gezien het over algemeen lage complicatierisico passen klachten vaak bij het gebruikelijke postoperatieve beloop. Men moet zich echter wel realiseren dat er, ondanks goede werkafspraken, altijd zeldzame of late complicaties kunnen optreden waar niet altijd op geanticipeerd kan worden. Wij willen er daarom voor pleiten dat medisch specialisten in de eerste weken na de ingreep de coördinerende rol blijven houden met betrekking tot het postoperatieve beleid. Voor iedere postoperatieve patiënt die telefonisch contact opneemt met het ziekenhuis is het belangrijk een duidelijk plan te maken waarbij de patiënt gezien wordt door de initieel behandelend specialist, naar de huisarts wordt verwezen of weet wanneer hij opnieuw moet bellen.

**Dames en Heren**, ontwikkelingen in de zorg resulteren in een verkorte ziekenhuisopnameduur voor het postoperatieve herstel, dat zich daardoor voornamelijk in de thuissituatie afspeelt. Om de voordelen van deze verkorte opnameduur optimaal te benutten is het zaak het postoperatieve traject goed in te richten en de samenwerking tussen eerste en tweede lijn te versterken. Dit geldt niet alleen voor de snijdende specialismen, maar is waarschijnlijk ook een belangrijke boodschap voor de niet- snijdende specialismen.

Het is essentieel dat patiënten heldere en gestructureerde adviezen meekrijgen over het herstel, maar daarbij ook worden voorgelicht over alarmsymptomen en logistieke aspecten. Ondanks gebrek aan direct medisch toezicht in de thuissituatie moet het voor zowel huisarts als patiënt duidelijk zijn dat er in de postoperatieve periode altijd en drempelloos contact kan worden opgenomen met de initieel behandelend specialist. In die postoperatieve periode zal de regierol bij de verantwoordelijke specialist moeten blijven liggen, om met name te voorkomen dat patiënten met zeldzame complicaties tussen de wal en het schip vallen. Het is belangrijk dat medisch specialisten en huisartsen hierover heldere werkafspraken maken.

## Leerpunten

- Omdat geopereerde patiënten tegenwoordig grotendeels thuis herstellen, is het essentieel het postoperatieve traject voor elk specialisme goed in te richten, zodat de voordelen van de verkorte opnameduur tot hun recht komen.
- Naast gericht hersteladviezen, is het belangrijk patiënten bij ontslag voor te lichten over alarmsymptomen en logistieke aspecten om onnodige vertragingen tegengaan.
- In de eerste weken na een operatie ligt de regierol bij de verantwoordelijke specialist; voor patiënt en huisarts moet duidelijk zijn dat zij dan altijd en drempelloos contact kunnen opnemen met deze specialist.
- Het is belangrijk is dat huisartsen en medische specialisten in de regio duidelijke werkafspraken maken over het postoperatieve traject van hun patiënten.

## References

- (1) Ligduurmonitor Nederlandse ziekenhuizen 2013 & 2014. Amsterdam: Coppa; 2015.
- (2) Vonk Noordegraaf A, Anema JR, van Mechelen W, Knol DL, van Baal WM, van Kesteren PJ et al. A personalised eHealth programme reduces the duration until return to work after gynaecological surgery: results of a multicentre randomised trial. *BJOG* 2014;121:1127-35.
- (3) Grant MC, Yang D, Wu CL, Makary MA, Wick EC. Impact of Enhanced Recovery After Surgery and Fast Track Surgery Pathways on Healthcare-associated Infections: Results From a Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Surg* 2017;265:68-79.
- (4) Fluitman KS, van Galen LS, Merten H, et al; safer@home consortium. Exploring the preventable causes of unplanned readmissions using root cause analysis: Coordination of care is the weakest link. *Eur J Intern Med* 2016;30:18-24.
- (5) Boosman H, et al. Raad van bestuur LUMC maakt ontslagbeleid tot 7 speerpunt verbeteracties. KiZ 2016.
- (6) Afspraken huisarts en specialist. Federatie Medisch Coördinerende 8 Centra. [www.afsprakenhuisartsenspecialist.nl](http://www.afsprakenhuisartsenspecialist.nl), geraadpleegd op 5 oktober 2017.
- (7) Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen: blad voor de specialist. Utrecht: NHG; 2008.
- (8) Wijzigingen postoperatieve complicatieregistratie. Leiden: Dutch Institute for Clinical Auditing.
- (9) Complicatieformulier Gynaecologie/Obstetrie. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie.



