

Heupfractuur, te vroege ontslagen uit een ziekenhuis

A. MULDER
F.A. BALDER
I. BURGER
H.G.J. NIJHUIS

In het Huisartspeilstationsstelsel regio Den Haag verzamelen huisartsen epidemiologische gegevens omtrent ziektebeelden en gebeurtenissen in hun totale praktijkpopulatie. Met ingang van 1 januari 1988 bestrijkt het stelsel de hele Haagse gezondheidsregio. In 1989 werd geregistreerd door 30 huisartsen in Den Haag, 7 in Rijswijk, 4 in Leidschendam, 3 in Wassenaar en 9 in Zoetermeer. Het peilstationsstelsel bestrijkt tussen de 13 en 30 procent van de bevolking van de deelnemende gemeenten. In 1989 registreerden de huisartsen onder meer heupfracturen (verslag A. Mulder) en te vroege ontslagen uit het ziekenhuis (verslag F.A. Balder, I. Burger en H.G.J. Nijhuis).

Ontleend aan: *Epidemiol Bull* (Den Haag) 1990; 25(2): 16-21.

A. Mulder, arts, afdeling algemene gezondheidszorg, GGD Den Haag; F.A. Balder, huisarts in Den Haag; mw. I. Burger, onderzoekmedewerkster; H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog, afdeling epidemiologie, GGD Den Haag.

Correspondentie: Stafbureau epidemiologie GGD, Postbus 65783, 2506 EB Den Haag.

Heupfractuur

Het aantal heupfracturen neemt in Nederland jaarlijks toe.¹ De kans om na het 50e levensjaar een heupfractuur op te lopen, wordt geschat op 15 procent voor vrouwen en op 5 procent voor mannen. Boven de 85 jaar wordt deze kans voor mannen en vrouwen zelfs geschat op 50 procent.^{1,2} Meer inzicht in de factoren die van invloed zijn op het ontstaan van een heupfractuur, is noodzakelijk voor preventief gerichte maatregelen.

De Haagse huisartsen registreerden de fracturen van het proximale uiteinde van het femur (collum en trochanter gebied). In totaal werden 86 heupfracturen geregistreerd, waaronder ten minste 11 fracturen in het trochanter gedeelte; in 28 procent van de gevallen was de plaats niet bekend. Bij 77 procent van de fracturen ging het om een vrouw. We zien een duidelijke toename met de leeftijd, vooral boven de 70 jaar. De man/vrouw verhouding bedroeg voor de groep 70-79-jarigen 1:2 en voor de 80-plussers bijna 1:3.

Het aantal heupfracturen onder 75-plussers is vergeleken met cijfers uit de Nijmeegse CMR over de periode 1978-1982. In de regio Den Haag vonden we per jaar 84 heupfracturen op 10.000 vrouwen en 31 heupfracturen op 10.000 mannen. In Nijmegen waren deze cijfers respectievelijk 81 en 58 per 10.000.³

In 43 procent van de gevallen was de oorzaak van de val die tot de fractuur leidde, een lichamelijke gesteldheid die veelal een loopbeperking met zich mee bracht: anemie, adipositas, artrose, reuma, ziekte van Parkinson, diabetes mellitus. Behalve lichamelijke oorzaken werd in 11 procent van de gevallen ook een psychische oorzaak genoemd (dementie, verwardheid, depressie). Uitsluitend psychische factoren werden vrijwel niet geregistreerd (2 procent). Bij 55 procent werden noch lichamelijke noch psychische/functionele factoren genoemd; gezien de gemiddeld hoge leeftijd van de slachtoffers komt ons dit hoog voor.

Over de toedracht van de valpartij is in de helft van de gevallen door de huisartsen geen informatie verstrekt. Gebeurde dit wel, dan speelden losse kledjes of matten een belangrijke rol. Verder werden lopen in het donker, uitglijden over gladde oppervlakken en vallen van trap, uit bed en van de fiets genoemd.

Te vroege ontslagen uit een ziekenhuis

Tijdens de voorbereidingen van het registratiejaar 1989 werd door Haagse huisartsen de bezorgdheid uitgesproken dat mensen nogal eens te vroeg uit het ziekenhuis worden ontsla-

gen, met het gevolg dat zich thuis moeilijk oplosbare problemen voordoen. Deze bezorgdheid lijkt niet geheel ongegrond.

Er bestaan sterke tendensen om de eerstelijns gezondheidszorg en de thuiszorg meer op de voorgrond te plaatsen. De overheid heeft een strikte beddenreductie ingezet, die tot verschuivingen in het zorgpatroon heeft geleid. De gemiddelde opnameduur in ziekenhuizen in Nederland is tussen 1974 en 1988 verminderd van 18,5 naar 13,7 dagen.⁴ In diezelfde tijd oefende de vergrijzing van de bevolking een natuurlijke druk uit in de richting van verlenging van de opnameduur. De opnameduur is dus echt fors afgenomen.

Onder deze omstandigheden ligt het voor de hand om patiënten zo vroeg mogelijk te ontslaan. Het aantal specialistische intramurale verrichtingen kan dan op peil blijven en de wachtlijsten kunnen binnen de perken worden gehouden. Maar deze druk op de opnameduur heeft risico's. Om hierop het zicht wat te vergroten, is dit item een jaar lang geregistreerd.

We definieerden 'te vroege ontslag' als een geval waarbij zich na ontslag uit het ziekenhuis thuis een medische complicatie voordoet of een 'onhanteerbare' verpleeg- of verzorgingsbehoefte ontstaat. Als aanvullende gegevens werden vastgelegd: leeftijd en geslacht, opnamediagnose(n), opnameduur, aard van de medische complicaties c.q. verpleeg en/of verzorgingsbehoefte, tijdsinterval tussen ontslag en optreden van het probleem, en wat aan het probleem is gedaan.

Er werden 46 gevallen geregistreerd die de huisarts kenmerkte als 'te vroege ontslag'. Voor de gehele regio komt dat neer op een geschat aantal van 250 problematische ziekenhuisontslagen.

De problemen deden zich evenveel voor bij vrouwen als bij mannen. In *tabel 1* zijn de absolute aantallen en de gevallen per 1.000 opnames naar leeftijdsgroepen weergegeven. Duidelijk is dat 'te vroege ontslagen' het meest bij ouderen voorkomen. De opnameduur was voor alle probleemgevallen gemiddeld 17,7 dagen. Voor de 65-plussers was de gemiddelde opnameduur 19,3 dagen; dit cijfer is ongeveer gelijk aan het landelijke gemiddelde in deze leeftijdsgroep (20 dagen).⁵

De duur tussen het ontslag en het optreden van het probleem was kort. In meer dan de helft van de gevallen was het probleem al binnen twee dagen manifest. Driekwart van de problemen had zich binnen zeven dagen na ontslag geopenbaard.

De problemen lagen zeer uiteen: ontregelde gevallen van decompensatio cordis en diabetes mellitus, complicaties van chirurgisch ingrijpen als abcesvorming, en embolieën. En verder ui-

Tabel 1 Absolute en relatieve cijfers te vroege ontslagen uit een ziekenhuis.

Leeftijd	Abs	Per 1.000 opnames*
20-49	7	2
50-64	6	3
65-74	12	6
>74:	21	11
Totaal	46	22

* Op basis van opnamecijfers voor Nederland.⁴

Tabel 2 Te vroege ontslagen uit een ziekenhuis naar aard problematiek. N=46.

Aard problematiek	Abs	%
Te korte observatie	16	35
Verzorging	13	28
Complicatie	8	17
Overig	9	20

Tabel 3 Te vroege ontslagen uit een ziekenhuis naar aard interventie. N=46.

Aard interventie	Abs	%
Heropname Huisarts	22	48
(en intensieve thuiszorg)	13	28
Verwijzing poli	2	4
Anders	5	11
Onbekend	4	9

tervaard een scala van onvoldoende mogelijkheden om patiënten te verzorgen en te verplegen in de thuissituatie.

In ruim eenderde van de gevallen vond de huisarts dat het probleem zich voordeed, doordat de medische observatie in het ziekenhuis te kort was geweest. In een kwart van de gevallen werd gesteld dat de verzorging van de patiënt thuis onvoldoende op te vangen was (tabel 2).

In bijna de helft van de gevallen is besloten om de patiënt weer op te nemen in het ziekenhuis (tabel 3). In 13 gevallen (28 procent) kon de patiënt, al of niet dankzij intensieve hulp, thuis worden opgevangen.

Drie patiënten overleden kort na ontslag (1-4 dagen) thuis. Door de huisartsen is echter niet expliciet gesteld dat er een verband was tussen dit overlijden en een 'te vroeg ontslag'.

Voor zowel ziekenhuizen als eerste lijn dient een aantal van 250 mensen die in serieuze problemen

komen na een toch al moeilijke opnameperiode, een belangrijk signaal te zijn. Wij denken niet dat de oorspronkelijke bedden capaciteit moet worden hersteld. Dit zou in strijd zijn met breed gedragen maatschappelijke opvattingen. Het betekent wel dat de eerstelijnszorg zich moet heroriënteren en sterker moet organiseren om deze problematiek op te kunnen vangen.

¹ Duursma SA. Botstofwisseling en osteoporose. In: Osteoporose, oefenen en sport. NISGZ nr 33, april 1989.

² Francis RM. Calciums role in preventing and treating osteoporosis. *Geriatr Med* 1989; july: 24-6.

³ Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Schellekens JWG, et al. Morbidity figures from general practice. Nijmegen: Nijmegen University Department of General Practice, 1985.

⁴ Jaarboeken LI(S)Z 1983-1988. Zeist: Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, 1989.

⁵ Anoniem. Opname in een ziekenhuis in 1 jaar naar leeftijds categorie. *Maand Bericht Gezondh* 1989; 8(11): 20. ■

Onthouden van onderhoudsmedicatie

Vervolg van pag. 417

⁵ Walma EP, Boukes FS, Prins A, Van der Does E. Diureticagebruik door 65-plussers in een huisartspraktijk. Wie kunnen er stoppen? *Huisarts Wet* 1989; 32: 326-8.

⁶ Koopmans RCTM, Gribnau FWJ. Langdurige diureticabehandeling bij verpleeghuisbewoners. Is stoppen mogelijk? *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1988; 19: 55-60.

⁷ Anoniem. Transitie Project. Amsterdam Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam, 1988.

⁸ Plagge HWM, Vissers FHJA, Pouls K, De Geus CA. Het voorschrijven van geneesmiddelen zonder arts-patiënt contact. *Huisarts Wet* 1988; 31: 120-3.

⁹ Cartwright A, Smith C. Elderly people, their medicines and their doctors. London: Routledge, 1988.

¹⁰ Branbergen HCT. Welke pil slikt de 65-plusser? *Huisarts Wet* 1985; 28(suppl 9): 34-5.

¹¹ Bange R, Brandwijk K. Geneesmiddelen bij ouderen. Mag het ook iets minder zijn? *Huisarts Wet* 1990; 33(11): 426-8. ■

LITERATUURONDERZOEK

Bij literatuuronderzoek in jaargangen van *Huisarts en Wetenschap* zal men gebruik maken van het cumulatieve register 1972-1986 en de daaropvolgende jaarregisters. Het zoekwerk kan beperkt worden door een computeruitdraai aan te vragen. De mogelijke ingangen hiervoor zijn de 23 thema's, de 700 trefwoorden en de auteursnamen. Bij elke titelbeschrijving wordt steeds het soort artikel vermeld.

Voor deze dienstverlening wordt NLG 5,- per trefwoord per pagina A4 in rekening gebracht, met een minimum van NLG 15,-. Dit bedrag is exclusief verzendkosten. Voor aanvragen kan men zich - bij voorkeur schriftelijk - wenden tot het redactiesecretariaat van *Huisarts en Wetenschap*, Postbus 14015, 3508 SB Utrecht.