

Heropname beste in zelfde ziekenhuis

Als er complicaties ontstaan na een operatie is het voor de patiënt het beste om heropgenomen te worden in hetzelfde ziekenhuis. Dagelijks worden patiënten ontslagen uit het ziekenhuis na een operatie en neemt de huisarts de zorg weer over. Nieuw onderzoek maakt nu duidelijk dat de patiënt bij complicaties terug moet naar hetzelfde ziekenhuis.

Amerikaanse onderzoekers gebruikten gegevens van Medicare van 2001 tot 2011 om patiënten te identificeren die werden heropgenomen na een operatie. Ze selecteerden 12 operaties, waaronder een cholecystectomie ($n = 1,4$ miljoen) en knie- of heupvervanging ($n = 3,9$ miljoen). Vervolgens maakten ze twee groepen: patiënten met heropname in hetzelfde ziekenhuis als waar de operatie had plaatsgevonden en patiënten die in een ander ziekenhuis werden heropgenomen. De primaire uitkomstmaat was 90 dagen mortaliteit na heropname. Ze hielden rekening met 74 versturende factoren, zoals grootte van het ziekenhuis en comorbiditeit van de patiënt.

Het heropnamepercentage varieerde van 6% na een knieoperatie tot 13% na een cholecystectomie. Patiënten werden gemiddeld in 78% van de gevallen heropgenomen in hetzelfde ziekenhuis. Zij hadden gemiddeld een 8% lager risico om binnen 90 dagen te overlijden dan patiënten die werden heropgenomen in een ander ziekenhuis. Voor complicaties na een knieoperatie was er zelfs een 18% lagere mortaliteit bij opname in hetzelfde ziekenhuis.

Dit onderzoek is het grootste tot nu toe naar het belang van continuïteit van zorg na opname voor een operatie. Voor de Nederlandse huisarts is het

nuttig om te weten dat als er complicaties optreden na een operatie, het voor de patiënt beter is om terug te worden verwezen naar het ziekenhuis waar de operatie plaatsvond. Dit leek al logisch, maar deze strategie is nu dus ook evidence based.

Tobias Bonten

Brooke BS, et al. Readmission destination and risk of mortality after major surgery: an observational cohort study. *Lancet* 2015; pii: S0140-6736(15)60087-3; [Epub ahead of print].

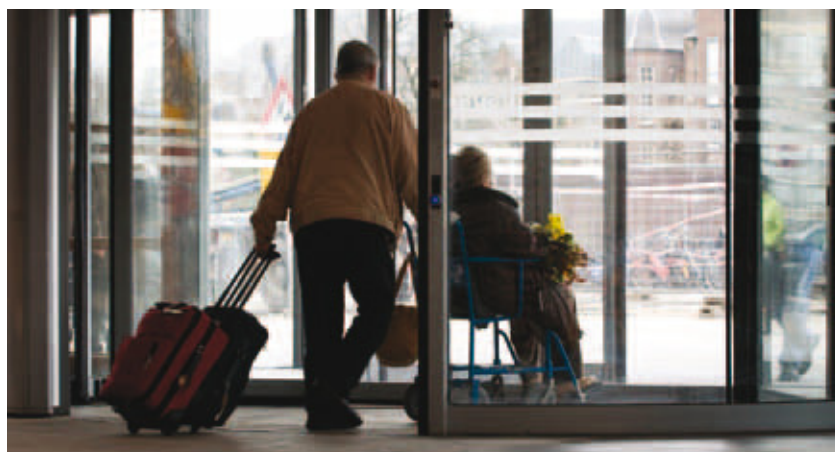


Foto: Marc de Haan/Hollandse Hoogte

Arthroscopie bij degeneratieve knieaandoening weinig zinvol

De meeste onderzoeken tonen aan dat arthroscopisch ingrijpen bij ouderen met persisterende kniepijn zelden effectief is. Toch neemt het aantal arthroscopische verrichtingen toe. Zweeds onderzoek toont nogmaals aan dat er maar een klein en slechts tijdelijk positief effect is op pijn bij arthroscopisch ingrijpen. Daarentegen zijn er wel kortetermijnrisico's verbonden aan de ingreep en weten we al langer dat arthroscopisch ingrijpen in een knie lijdt tot eerder optreden van gonartrose. Thorlund et al. deden een systemati-

sche review met een meta-analyse van alle beschikbare onderzoeken waarbij een arthroscopische ingreep werd verricht in degeneratieve knieën. Uit de meta-analyse bleek een effectsize van 0,14 na 3 maanden maar niet meer na 12 maanden. Een effectsize van 0,14 is vergelijkbaar met 2,4 mm pijnvermindering op een 100 mm VAS-schaal. Ter vergelijking: de effectsize van paracetamol is ook 0,14, van een NSAID 0,29, van fysiotherapie 0,5 en van 3 keer per week sporten 0,69. Er zijn ook kortetermijnrisico's; een DVT komt het meest voor, bij 4 op de 1000 ingrepen.

De aanbeveling van de auteurs is om geen arthroscopie te verrichten bij patiënten van middelbare leeftijd met persisterende knieklachten. Ook niet als er bij lichamelijk onderzoek of beeldvormend onderzoek een meniscusscheur of

andere structurele afwijking aanwezig blijkt. Deze patiënten moeten behandeld worden als patiënten met gonartrose, zoveel mogelijk conservatief.

Voor huisartsen betekent dit dat zij hun patiënten met kniepijn nog duidelijker kunnen voorlichten: paracetamol en oefentherapie zijn net zo effectief of effectiever in pijnbestrijding bij degeneratief knieletsel, ook als er afwijkingen op beeldvormend onderzoek zijn, zoals een meniscusscheur. Daarnaast zijn deze behandelingen op korte en langere termijn veiliger.

Jurgen Damen

Thorlund JB, et al. Arthroscopic surgery for degenerative knee: systematic review and meta-analysis of benefits and harms. *BMJ* 2015;350:h2747.