



Taco Gosens, Anouk Giesberts, Rudolf Poolman, Chris van der Togt, Gerben Aarnoudse, Edith Rijnsburger, Joost Colaris, Jan-Willem Louwerens, Sjoerd Bulstra.

COVID-19 en orthopedie: een lastig duo?

De coronacrisis in Nederland ontstond door de uitbraak van de infectieziekte COVID-19 in 2019-2020, sinds 11 maart 2020 als pandemie erkend. Begin 2020 werd SARS-CoV-2 – het coronavirus dat COVID-19 veroorzaakt – ook in Nederland geconstateerd. De eerste besmetting werd op 27 februari vastgesteld bij een inwoner van Loon op Zand.

Zo luiden de eerste regels van de Wikipedia-pagina. Na deze eerste patiënt volgden nog vele besmettingen, groeide het aantal ziekenhuisopnames en dreigde een tekort aan IC-bedden. Maatregelen van het kabinet werden wekelijks bijgesteld en er was sprake van een *intelligente lockdown*. Centrale eindexamens voor de middelbare scholen gaan niet door. Het EK-voetbal en de Olympische Spelen zijn afgelast. En we leerden nieuwe woorden als *coronahoester*, *anderhalvemetermaatschappij* en *boemelvluchtje*.

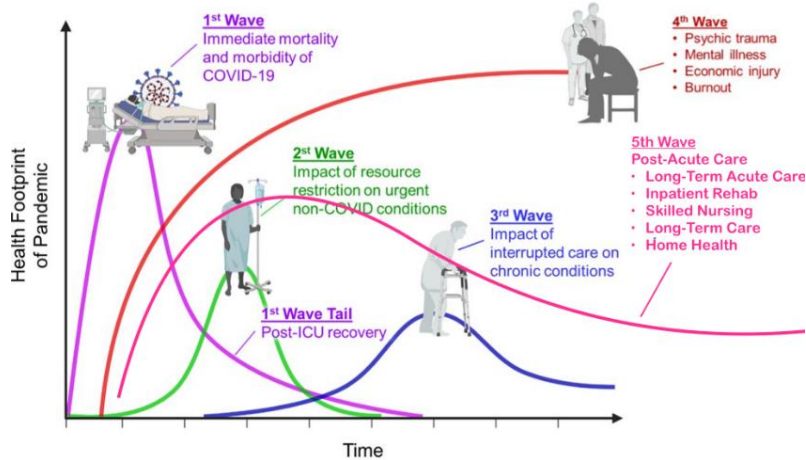
COVID-19 en de gezondheidszorg

De pandemie heeft wereldwijd nu al grote gevolgen en dus ook in Nederland. Omdat het totale gezondheidszorgsysteem overspoeld raakte, zijn electieve operaties als eerste geschrapt. Bedden, personeel en beademingsapparatuur werden klaargemaakt voor de piek in opnames. De poliklinische zorg is ook gestopt, want personeel werd gerekruteerd voor de cohortafdelingen en *social distancing* werd de norm. A(N)IOS en stafleden van diverse disciplines, waaronder orthopedie, werkten op IC's en verpleegafdelingen samen en gaven zo mede vorm aan de zorg voor de vele corona-patiënten. De mate waarin dit gebeurde in de verschillende ziekenhuizen (UMC, regionaal en ZBC) verschilde en het tijdspad ook. Een landelijk plan was daarmee niet mogelijk. Ondertussen lijkt de piek bereikt, of misschien al voorbij. Het is te vroeg om terug te kijken, maar we kijken al wel vooruit.

Gevolgen in orthopedisch Nederland in 5 fases

Als we vooruit kijken komen er diverse vragen op. Wat zijn bijvoorbeeld de gevolgen voor de AIOS die ineens met hele andere zaken bezig zijn? Wat zijn de psychische gevolgen voor de betrokken professionals? Kunnen we daar nu al opvang voor inzetten? Wat zijn de gevolgen voor chronische patiënten die voorlopig niet behandeld worden? En wat is de impact op de personele bezetting en de multidisciplinaire samenwerking? Waarmee moeten we als vakgroep orthopedie rekening houden in de planning?

Onderstaande interessante grafiek (via Twitter van Victor Tseng, @vectorsting) verbeeldt de gevolgen van de pandemie. Hoe kunnen we die lezen vanuit orthopedisch oogpunt?



De eerste piek beschrijft de acute nood voor de gezondheidszorg met de vele zieke patiënten. De tweede fase het bedden- en handen-tekort. Deze fases verliepen in Nederland vrijwel tegelijkertijd. Mensen die werken in de orthopedie werden plots gedwongen in andere situaties te werken; buiten hun comfortzone, of ze zaten werkeloos thuis.

De derde fase beschrijft de gevolgen voor de anders-dan-corona-zieken; de zogenaamde *verdrongen zorg*. Deze fase is voor de orthopedie zeer belangrijk. Ons grotendeels electieve vakgebied - trauma, infecties en maligniteiten daargelaten - kwam bijna tot stilstand in de eerste twee fases.

Wachtlijsten voor een polibezoek - voor uitslagen van onderzoeken en voor electieve operaties - zijn gegroeid en de diverse stuwmeren groeien verder. Omdat poliklinische zorg als eerste weer op gang zal komen, wordt het stuwmeer wachtenden na de eerste twee fases nog groter. Daar komt bij dat orthopedie niet het enige vakgebied is dat zo'n wachtlijst heeft. De anesthesisten - die in de frontlinie vele extra uren en dagen maakten - zullen een inhaalslag met operaties in de avonduren en weekenden daardoor begrijpelijkerwijs niet ondersteunen. Los nog van de beschikbare bedden capaciteit in diverse ziekenhuizen. Zo groeit tijdens de eerste drie fases de vierde bedreiging: wij orthopeden hebben misschien minder gewerkt, maar de mensen die wij nodig hebben voor onze orthopedische inhaalslag zijn dan juist toe aan rust. Er zal een concurrentiestrijd ontstaan om de schaarse OK-tijd en personeel te bemachtigen. Welk argument zal hierbij leidend zijn?

De vijfde bedreiging is een minder vaak genoemd gevolg van IC-opnames. Deze patiënten hebben langdurige revalidatie nodig. Dit vraagt om veel revalidatieplaatsen met de nodige expertise. Het vraagt ook extra geld, waardoor de verzekeraars mogelijk andere zorg verdringen. Daarnaast kan de financiering van ziekenhuizen, MSB's en vakgroepen een probleem worden als productie-quota niet worden nagekomen of overschreden. De corona-hoofdbehandelaars hebben immers meer werk gedaan dan afgesproken en de electieve operateurs minder, want zij hebben noodgedwongen plaatsgemaakt. De BBC zal vanuit haar hoedanigheid binnen de Raad Beroepsbelangen van de FMS hierin een lans breken voor de orthopedische zorg.

Andere gevolgen in orthopedisch Nederland

Niet alles staat in de grafiek. De gevolgen voor de opleiding tot orthopedisch chirurg bijvoorbeeld. Deze crisis geeft de AIOS een unieke gelegenheid om de competentie *acute zorg* te trainen, met als componenten leiderschap, stressbestendigheid, maatschappelijk handelen en vele andere. Er is echter ook het nadeel van de zeer beperkte exposure aan orthopedisch werk.

Afhankelijk van de duur van de beperkende maatregelen zullen we op individuele basis moeten bekijken wat de gevolgen zijn voor de opleiding van de AIOS. Hierbij moeten we wellicht denken aan verlenging van de opleidingsduur. Dit is niet alleen een probleem binnen de orthopedie. Vrijwel alle

medische vervolgoopleidingen kampen hiermee. Daarom zijn het Concilium binnen de Raad Opleiding van de FMS en de RGS hierover in gesprek.

Stilstand van de diverse wetenschappelijke onderzoeken orthopedie staat eveneens niet in de grafiek. De onderzoekers die voor hun levensonderhoud afhankelijk zijn van deze subsidies zitten in het nauw. Met name de zorgevaluatieonderzoeken liggen stil. Aan de andere kant ontstaat er nu een cohort van conservatief behandelde orthopedische en traumatologische problemen. Dat maakt terugkijken straks interessant.

Over het algemeen stellen de fondsen zich flexibel op. Ze maken een budgetneutrale verlenging van het onderzoek mogelijk. Dit lost echter de problemen van de salariëring van de onderzoekers niet op. De CWI benoemt deze problematiek binnen de Raad Wetenschap en Innovatie van de FMS.

Ook de LROI ervaart nadelen van de huidige crisis. In de afgelopen weken zijn nauwelijks heup- en knie-prothesen geplaatst. Daarmee is de financiering van de LROI - en dus de vulling van het LROI-fonds - verminderd. In hoeverre dit leidt tot noodzakelijke aanpassingen aan uitkeringen van subsidiegelden moeten we nog bekijken.

Congressen, cursussen en vergaderingen van werkgroepen zijn afgelast. Digitaal wordt op bestuurlijk niveau wel vergaderd, maar het uitbouwen van de visie, missie en strategie gebeurt slechts mondjesmaat. Op Europees niveau zijn eveneens allerlei bijeenkomsten gecancelled. Deze worden waarschijnlijk niet ingehaald. Onze Europese banden verzwakken wellicht tijdelijk. Denk hierbij aan de NOF, EFORT en UEMS.

Ook positieve kanten?

Zijn er dan alleen negatieve gevolgen en is bovenstaande grafiek het enige scenario? Nee! Parallel aan de transparantie van het water in de kanalen in Venetië en de afname van smog in India waardoor we de Himalayatoppen weer zien, zijn er volgens ons nog meer positieve gevolgen van deze crisis.

Net als het onderwijs, heeft ook de poliklinische zorg een noodgedwongen digitale ontwikkeling doorgemaakt. In het post-corona-tijdperk zouden we meer gebruik moeten gaan maken van digitalisering en tele-health. Denk aan het vaker telefonisch te woord staan van patiënten om beter te triëren en te prioriteren. Veel van het werk dat op de polikliniek gebeurt (anamnese, scorelijsten invullen, vaak ook aanvullend onderzoek) kan al voor het consult plaatsvinden. Zelfs een telefonisch functie-onderzoek van gewrichten is mogelijk met beeldbellen. Uitzonderingen daargelaten.

Het noodgedwongen uitstellen van operaties ten faveure van (het langer aanhouden van) een conservatief traject toont wellicht aan dat we dezelfde tevredenheid behalen. Dit vraagt misschien enig geduld en inzicht van patiënt, huisarts en orthopedisch chirurg.

Interessant is het ook om te kijken of het daadwerkelijk uitputtend conservatief behandelen, zoals in de leerboeken orthopedie vaak staat, leidt tot afstel van de operatie. De traumazorg kiest zo mogelijk ook voor een conservatief traject; meer dan voor de corona-periode. De toekomst zal moeten uitwijzen of hierdoor een kwalitatief minder goede situatie ontstaat.

Orthopedie is maatschappelijk en economisch belangrijk

“We zijn gestopt met heupen en knieën” is een veel gehoorde zinsnede, waarbij deze chirurgie wordt weggezet als makkelijk te missen. Alsof het gaat om luxe chirurgie. Juist nu is het van belang heel duidelijk uit te dragen hoe ontzettend belangrijk de orthopedische zorg is voor de maatschappij. Economisch gezien is de orthopedie misschien zelfs belangrijker dan velen beseffen. Denk bijvoorbeeld aan het behouden en herwinnen van zelfstandigheid van ouderen, aan snelle terugkeer op de arbeidsmarkt, en aan goede kansen in groei en ontwikkeling van kinderen.

Voor hen die daadwerkelijk een orthopedische ingreep nodig hebben zal een prioritering moeten ontstaan. Niet alleen tussen de verschillende disciplines zoals hierboven beschreven, maar ook binnen de orthopedie. Vele vakverenigingen zijn bezig met een zogenaamde prioriteringslijst gebaseerd op diagnoses. Beslissen over wie eerst behandeld moet worden, kan in ons vak echter niet op basis van een diagnose sec. De ene patiënt heeft coxartrose waarmee hij nog makkelijk een tijd voort kan. Een andere kan er zijn werk niet mee uitvoeren. Andere gegevens dan alleen een diagnose zijn nodig om te kunnen prioriteren binnen onze patiëntenpopulatie.

Samenvatting

De orthopedisch chirurg zet zich in voor optimalisatie van de kwaliteit van leven en participatie in de maatschappij van de patiënt met problemen aan het steun- en bewegingsapparaat. Deze zorg kwam door de coronacrisis vrijwel stil te liggen en zal langzamerhand weer gaan opkrabbelen tot de kwalitatief hoge zorg die het was. Er dreigt echter een groot gevaar. Belemmeringen die langer dan gedacht aanwezig blijven, houden het opnieuw opstarten van de orthopedische zorg mogelijk tegen. Het gebrek aan deze zorg zorgt voor een daling van de kwaliteit van leven en afname van participatie in de maatschappij van onze patiënten. Dat zal van invloed zijn op de economie.

Deze crisis laat tegelijkertijd zien dat onder druk alles vloeibaar wordt. De zorg wordt sneller 'ontregeld' dan we voor mogelijk hielden. Denk aan de versnelde inzage in patiëntgegevens van mensen die daar nog geen toestemming voor gaven. Maar ook aan de versnelde procedures voor het ontwikkelen van richtlijnen, leidraden, maatregelen, etc. Het blijkt dat alle verschillende professionals hun handen écht ineen kunnen slaan en over de muren van hun eigen specialisme kunnen kijken als er een gezamenlijke vijand is. Het is zaak deze verworvenheden ook na de crisis te behouden.