

Netwerkgzorg amputatie regio Weert

Medisch specialistische en geriatrische revalidatie zijn nog steeds twee gescheiden werelden, terwijl veel complexe patiënten onze gezamenlijke expertise nodig hebben. De amputatiepatiënt is zo'n complexe, maar in aantallen beperkte doelgroep. In Weert zijn we daarom gestart met het volledig gezamenlijk vormgeven van de zorg voor deze patiënten en werken we aan verdere uitbreiding van onze samenwerking.



W.M.J. (WILLEMIJN) VAN ROOIJ MSC

Revalidatiearts Libra Revalidatie & Audiologie locatie
Weert, Sint Jans Gasthuis (SJG) Weert

H.P.J. (BART) VONKEN MSC

Specialist ouderengeneeskunde, Land van Horne Weert



CORRESPONDENTIE

w.vanrooij@libranet.nl

hpj.vonken@landvanhorne.nl

Weert, een groen stadje in het zuiden van Nederland, waar een klein ziekenhuis (het Sint Jans Gasthuis), verbonden ligt aan een poliklinisch revalidatiecentrum (Libra Weert) en een verpleeghuis met geriatrische revalidatiezorg (Land van Horne). Het Limburgse dialect overheerst. De wens voor zorg dichtbij huis is zeker van toepassing voor de Weertenaren. Zelfs de jong aangedane revalidatiekandidaten verkiezen vaker dan verwacht de klinische zorg binnen de revalidatieafdeling in het verpleeghuis dan het revalidatiecentrum (Libra Blixembosch of Adelante) 45 kilometer verderop. Reden temeer om de zorg zo optimaal en zo dicht mogelijk bij huis te organiseren voor de revalidant en de spreekwoordelijke muren tussen de verschillende organisaties te doen vervagen. Dat vraagt om nauwe samenwerking. Zo klein als de stad Weert is, zo vooruitstrevend is het ten aanzien van netwerkgzorg en lijkt het zelfs door de wijze van organiseren hierin landelijk in bepaalde opzichten voorop te lopen!

VALUE-BASED HEALTHCARE-TRAJECT

In 2017 werd gestart met een 'droomsessie' met medewerkers van de drie genoemde zorgorganisaties. Er werd uitgesproken dat we enkel de beste zorg kunnen leveren wanneer we onze krachten bundelen en hierbij de netwerkgzorg optimaliseren. Het bleek aanvankelijk lastig om hier invulling aan te geven, totdat gezamenlijk werd besloten een start te maken met een specifieke doelgroep. De keus viel hierbij op patiënten met 'perifeer arterieel vaatlijden', waaronder de amputatiepatiënten. Een duidelijk gekaderde doelgroep met betrokkenheid van de drie partijen.

Middels een Value-Based Healthcare-traject, gestart in maart 2019 onder leiding van een externe consultant, zijn alle betrokken partijen vanuit de inhoud aan de slag gegaan om rondom vaatlijden/amputatiezorg een waardegedreven zorgpad te bouwen. Vaatchirurg, revalidatiearts en specialist ouderengeneeskunde zijn hierin ondersteund door fysio- en ergotherapeuten, wond-, vaat- en transferverpleegkundigen, orthopedisch instrumentmaker, podotherapeut en beleidsmedewerkers. De managers van de drie organisaties zijn tevens nauw betrokken. Gezamenlijk zijn onder andere de zorgstructuur en zorgpaden beschreven, waarna relevante 'klinische' en 'patient reported' uitkomstmaten (PROM's) zijn vastgesteld, zie tabel 1. De behoeften van patiënten zijn in kaart gebracht door middel van enquêtes en het aansluiten van een aantal patiënten en hun mantelzorgers tijdens één van de bijeenkomsten. Verwijsstromingen zijn inzichtelijk gemaakt en geoptimaliseerd. Hierdoor zijn er verschillende verbeteringen binnen de keten bewerkstelligd.

REALISATIES IN DE KETEN

Ken elkaar, dan weet je elkaar ook beter te vinden en dat voegt waarde toe voor de klant en optimalisatie van de zorg. Dat is één van de belangrijkste uitkomsten die we met elkaar hebben ervaren. Zo gebruiken we een beveiligde Siilo app voor een betere bereikbaarheid onderling en is er een wondplatform gecreëerd waar wondproblematiek kan worden voorgelegd aan vaatchirurg en wondverpleegkundigen van zowel ziekenhuis als verpleeghuis.

Tabel 1. Relevante 'klinische' en 'patient reported' uitkomstmaten.

'Klinische' uitkomstmaten	'Patient reported' uitkomstmaten
• Decubitus	• Mobiliteitsproblemen
• Infecties (waaronder ook sepsis)	• Vermoeidheid
• Wondproblemen	• Cognitie- en concentratieverlies
• Contracturen	• ADL/zelfredzaamheid
• Spierkrachtverlies	• Zorgen, somberheid en depressie
• Gewichtsverlies	• Boosheid of gevoel van onvermogen
• Cardiovasculaire complicaties	• Sociale participatie
• Re-amputatie binnen 30 dagen	• Fantoempijn
• Oedeem	• Stomppijn
• Vallen met als gevolg letsel of fractuur	• Problemen met cosmetische zelfbeeld
• Mobiliteit met prothese	• Financiële problemen
• Mortaliteit	• Relatieproblemen
• Locatie van overlijden conform wens	

'Microsoft TEAMS' biedt een mooie mogelijkheid om gezamenlijk een digitale documentmap te delen en veilig digitaal te vergaderen.

Doordat de revalidatiearts in alle drie de organisaties werkzaam is, fungeert zij als spin in het web. Preoperatief wordt zij nu standaard door de vaatchirurg in consult gevraagd om mee te denken ten aanzien van het amputatieniveau en om een uitspraak te doen over de verwachting waar patiënt na de operatie zal revalideren. Is dat vanuit huis middels een poliklinische revalidatie, of een klinische opname in het revalidatiecentrum (MSR) of het verpleeghuis (GRZ)? Hierdoor kan al vroegtijdig een bed gereserveerd worden voor betreffende patiënt, zodat deze (mits medisch verantwoord) binnen vijf dagen na OK overgeplaatst kan worden naar de juiste revalidatieplek. Door duidelijke onderlinge afspraken en een op elkaar afgestemde werkwijze is het doorplaatsingsproces versneld. Hierdoor worden dure ligdagen in het ziekenhuis verkort en kan patiënt zo snel mogelijk fysiek aan de slag.

REALISATIE SAMENWERKING MSR - GRZ

Aangezien het aantal amputatiepatiënten beperkt is (gemiddeld 10 revalidanten per jaar) en deze patiënten bovendien veelal op leeftijd zijn, is er een overlap in de zorg en behandeling die door het revalidatiecentrum en het verpleeghuis wordt geboden. Door de revalidatiearts en specialist ouderengeneeskunde is er een gezamenlijk visiedocument opgesteld met als doel de zorg

kwalitatief optimaler en efficiënter te organiseren. Doordat de MSR en GRZ in hetzelfde gebouw gehuisvest zijn en daarbij gebruik wordt gemaakt van dezelfde oefenfaciliteiten is al snel het besluit genomen een gezamenlijke amputatie-expertteam op te richten. Een team dat zich specifiek toelegt op de amputatieproblematiek, zich hierin specifiek schoolt en hun expertise behoudt doordat de zorg wordt gecentraliseerd. Er is een gezamenlijke amputatie-oefengroep van start gegaan, die tweemaal per week plaatsvindt en de individuele fysiotherapie in principe vervangt. De revalidatiearts en instrumentmaker sluiten hierbij eenmaal per week aan om het revalidatieproces te monitoren en prothesering te optimaliseren. Deze groep wordt begeleid door twee fysiotherapeuten, van beide organisaties één. Het team wordt aangevuld met twee ergotherapeuten, eveneens van beide organisaties één. Bovendien zal het team nog worden versterkt door één psycholoog en één maatschappelijk werker die gedurende het gehele traject (ziekenhuis/GRZ/MSR) waar nodig kunnen worden ingezet. Dit team komt wekelijks bijeen om de patiënten te bespreken. Door één overkoepelend team wordt continuïteit van zorg gewaarborgd. Patiënten kunnen eerder met ontslag naar huis waarbij ze in hetzelfde team binnen de MSR poliklinisch kunnen worden doorbehandeld. Het hoofdbehandelaarschap wordt bij ontslag naar huis door de specialist ouderengeneeskunde overgedragen aan de revalidatiearts. Door gebruik te maken van elkaars therapeuten kan expertise goed worden benut. →

Eenzijds de expertise vanuit de MSR ten aanzien van (complexe) prothesiologie-vraagstukken, anderzijds de expertise van de GRZ-therapeuten ten aanzien van multimorbiditeit bij de oudere patiëntenpopulatie en de eventuele andere benaderingswijze.

Daarnaast is er nu wekelijks een technisch spreekuur met de revalidatiearts en de instrumentmaker, specifiek voor de patiënten met een prothese. Eerder was deze zorg versplinterd over de drie organisaties, waarbij ook regelmatig zaken dubbel werden gedaan. Door wisselende dossiervorming was er geen overzicht ten aanzien van deze zorg. Vandaar dat nu het technisch spreekuur voor de prothesedragers alleen nog in het revalidatiecentrum wordt georganiseerd. Patiënten worden hier met een individueel vastgestelde frequentie opgeroepen en eventuele zorgmijders blijven in beeld.

Een andere realisatie is dat de kwetsbare vaatlijden-patiënten nu gecentreerd worden opgenomen binnen één GRZ afdeling. Hierdoor kan ook de verpleging specifiek geschoold worden op

‘We zien in de toekomst intensievere samenwerking van MSR en GRZ bij met name complexe doelgroepen’

de voor deze patiëntengroep zo belangrijke facetten (aandacht voor houding, contractuurpreventie, (fantom)pijn, zwachtelbeleid, CVRM, etc.). De wondverpleegkundige is zorgcoördinator binnen deze afdeling. Bij noodzaak tot nauwe afstemming van het wondbeleid met de vaatchirurg is het mogelijk dat de vaatchirurg patiënten komt beoordelen binnen deze GRZ-afdeling in het verpleeghuis.

TOEKOMSTUITDAGINGEN

Een nieuwe en nauwe samenwerking vraagt een open houding. Waar voorheen een soort concurrentiegevoel bestond waarbij MSR en GRZ soms uit dezelfde ‘patiënten-vijver’ visten, is het nu zaak gezamenlijk een bijdrage te leveren aan de beste kwaliteit van zorg. Door een soepele overgang te creëren van GRZ naar MSR kan de zorg optimaler ingezet worden. In de GRZ-fase kan dan puur de focus liggen op het veilig thuis functioneren waarna in de MSR de puntjes op de ‘i’ gezet kunnen worden ten aanzien van het verder optimaliseren van het lopen met een prothese.

Hierdoor is de verwachting dat de klinische opnameduur verkort kan worden. Door directe afstemming tussen de MSR- en GRZ-ergotherapeuten en het samen inschatten van de prognose kunnen al vanaf het eerste moment de meest passende voorzieningen voor thuis worden aangevraagd en gerealiseerd. Om gezamenlijk patiënten te kunnen behandelen is het nodig dat we kijken naar de juridische aansprakelijkheid. Een patiënt heeft immers in principe maar een behandelovereenkomst met één van beide organisaties. Bovendien willen we ook inzage in elkaars dossier, of liever nog, dossiervoering binnen één gezamenlijk patiëntendossier. Met de ICT- en AVG-deskundigen van onze organisaties zoeken we naar mogelijke oplossingen.

Met het inzetten van PROM's, waarbij patiënten op vaste momenten vragenlijsten toegestuurd zullen krijgen, hopen we beter zicht te houden op deze patiëntengroep. De uitkomsten hiervan vormen de leidraad voor het gesprek in de spreekkamer, waarbij vroegtijdig de juiste zorg ingezet kan worden. Daarnaast zal hiervan een database worden gevormd, waardoor zorgprocessen algemeen verbeterd kunnen worden.

CONCLUSIE

Om de beste zorg te kunnen bieden voor de meest kwetsbare amputatiepatiënten, en voor de patiënten die zorg dichtbij huis wensen, is het nodig de kennis en kunde van MSR en GRZ te combineren. We zien dat dit gezamenlijke traject heeft bijgedragen aan verbetering van de relatie, een gezamenlijke visie, verschillende inhoudelijke en praktische verbeteringen en uiteindelijk daadwerkelijke integratie van beide teams. Door het meten van uitkomstmaten hopen we vroegtijdig de juiste zorg te kunnen inzetten en onze zorgprocessen verder te optimaliseren.

De belangrijkste hindernis die wij momenteel ervaren is dat we werken met verschillende patiëntendossiers. Ook is er momenteel nog onduidelijkheid over de juridische aansprakelijkheid wanneer patiënten gezamenlijk behandeld worden, waarbij we hopen op creatieve oplossingen.

We zien in de toekomst intensievere samenwerking van MSR en GRZ bij met name complexe doelgroepen zoals bijvoorbeeld CVA's, waarbij vaak zowel revalidatiearts als specialist ouderengeneeskunde gelijktijdig een meerwaarde hebben. We willen ons dan ook gezamenlijk blijven inzetten om de revalidatiezorg in deze regio verder te verbeteren, waarbij het leveren van de beste patiëntenzorg leidend zou moeten zijn. ←