

Op weg naar betere kwaliteit, afstemming & samenwerking bij de behandeling van mensen met een amputatie in de geriatrische revalidatie

GRZ Studio 24 januari 2020



prof. dr. Jan Geertzen

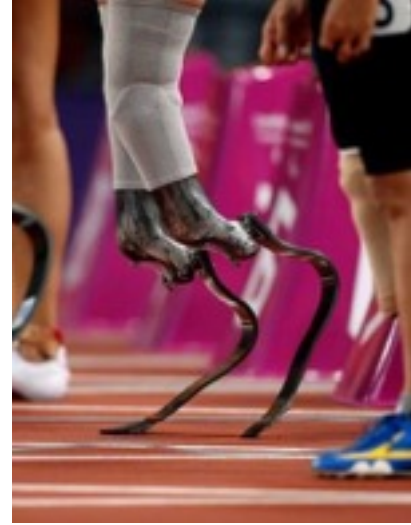


Disclosure belangen spreker	
(potentiële) Belangenverstrengeling	Geen / Zie hieronder
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven ¹	Bedrijfsnamen
• Sponsoring of onderzoeksgeld² • Honorarium of andere (financiële) vergoeding³ • Aandeelhouder⁴ • Andere relatie, namelijk ...⁵	• • • • 



Spoorboekje

- Introductie
- Basis voor amputatiezorg: kwaliteit
- Afstemming
- Samenwerking
- Barrières & Facilitators?
- Hoe nu verder?
- Conclusie



Reflectiemomenten

- Waarom worden er geen gezamenlijke cursussen meer gevolgd met het thema: Revalidatie na beenamputatie?
-
- Het grijze gebied tussen GRZ en MSR: bestaat dat wel?
-
- Staat de (geriatrische) patiënt wel centraal?



Redactie: J.H.B. Geertzen en J.S. Rietman

REVALIDATIE NA EEN BEENAMPUTATIE



Richtlijn amputatie en prothesiologie onderste extremiteit

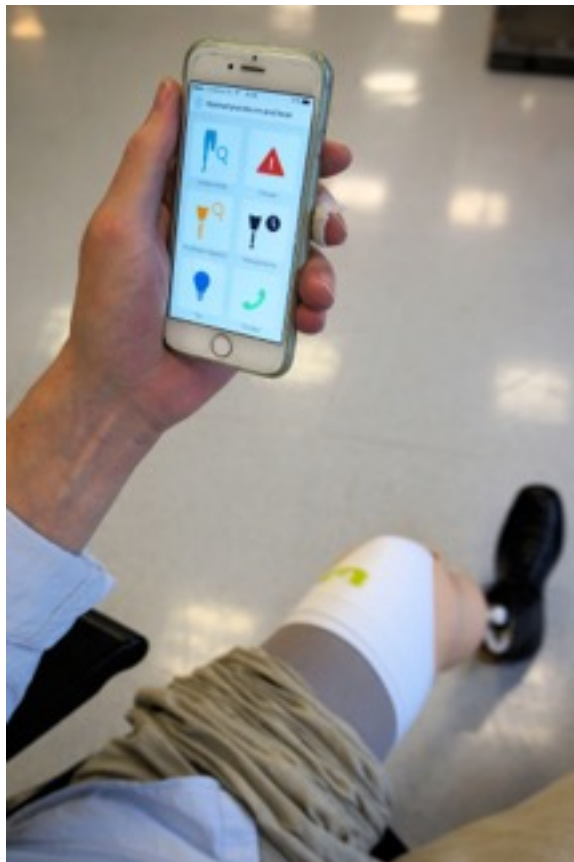
CBO multidisciplinaire richtlijn

ENABLING the elderly person with lower limb amputation THROUGH SURGERY, REHABILITATION AND LONG TERM CARE

Lauren Fortington



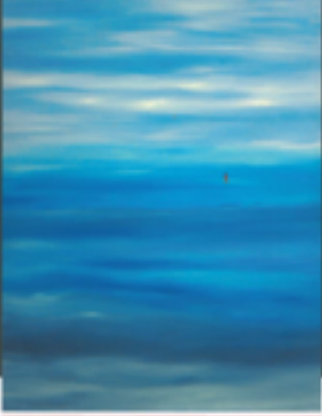
umcg



Apps...



umcg



Determinants of outcome in Geriatric Rehabilitation; the GRAMPS study

MONICA VAN EIJK



Multi-dimensional challenges in geriatric rehabilitation; the GRAMPS-study

Barbara Buijs

LOWER LIMB AMPUTATION IN PATIENTS WITH VASCULAR DISEASE

Incidence, postoperative care, and prosthetic functional
outcome with focus on trans-tibial amputation

Anton Johannesson



Land University



Quality of life, functional level and needs of care after vascular major lower limb amputation

ELLA DE BRUIN
DEPARTMENT OF HEALTH SCIENCES, FACULTY OF MEDICINE, LUND UNIVERSITY



umcg

Conclusie GRAMPS en Lauren

- Te verspreide kennis in de GRZ op gebied van revalidatie na amputatie (geen centralisatie)



Belang?



- 3300 beenamputaties/jaar in Nederland
- > 95% vasculair (incl. DM)
- Amputatie is een ingrijpende gebeurtenis
- Betreft met name de oudere patiënt
- Minder dan de helft krijgt prothese (VPH)
- **Gezamenlijk belang:** de geamputeerde oudere patiënt

Kwaliteit



- **1.1 Doel en functie behandelkader**

- Een behandelkader is een landelijke set van minimale eisen met betrekking tot de behandeling van een vooraf gedefinieerde patiëntendoelgroep.
- Het behandelkader kan gebruikt worden voor verschillende doeleinden, zoals het ontwikkelen en toetsen van behandelprogramma's;
- Transparantie bieden dan wel verantwoording afleggen aan derden over welke zorg met betrekking tot een specifieke patiëntendoelgroep al dan niet onder medisch specialistische revalidatie (MSR) valt;
- Het harmoniseren/uniformeren van het aanbod van verschillende MSR praktijken;
- **het beschrijven van de regionale samenhang in een revalidatienetwerk (wie doet wat op welk niveau en waar).**

- **1.2 Werkwijze ontwikkeling van het behandelkader**

- Voor het ontwikkelen van het behandelkader beenamputatie is in 2015 een commissie ingesteld door de Werkgroep Amputatie en Prothesiologie (WAP). De commissie bestond uit de volgende personen:
- prof dr. J.H.B. Geertzen, revalidatiearts UMCG
- drs. A. Kap, revalidatiearts De Hoogstraat Revalidatie
- drs. M.A. Paping, revalidatiearts Rijndam Revalidatie



Behandeld kader beenamputatie

3.4. Beenamputatie

Aandoening, doelgroep en prognose

De incidentie van beenamputaties in Nederland, inclusief teen- en voetamputaties, bedroeg tussen 1993 en 2005 rond de 19 per 100.000 inwoners; 3000 tot 3300 nieuwe patiënten per jaar. Van deze patiënten is 80 % ouder dan 65 jaar, 15 % ouder dan 85 jaar en 60 % man. In 2004 ondergingen 1747 patiënten van 65 jaar en ouder in de Nederlandse ziekenhuizen een grote beenamputatie (dus exclusief voet/teen). De cijfers in de jaren daarna zijn door gebleken problemen met de registratiesystematiek niet meer betrouwbaar. In 2010 worden wel weer betrouwbare cijfers verwacht.

Het aantal patiënten, dat van deze groep ter revalidatie in verpleeghuizen wordt opgenomen, is niet bekend. Bij onderzoek in Noord-Nederland onder 300 patiënten bleek 30% in het verpleeghuis te worden opgenomen tegen 15% in het revalidatiecentrum. Een grote groep gaat naar huis (geen of poliklinische behandeling) of overlijdt. Experts menen, dat er sprake is van aanzienlijke regionale verschillen voor het aandeel opnames in verpleeghuizen, respectievelijk revalidatiecentra. Duidelijk is echter wel, dat het om een kleine groep van, grof geschat, 350-450 patiënten gaat, die daadwerkelijk in het verpleeghuis worden opgenomen om te revalideren. Aangenomen moet worden, dat een (klein) deel van de totale groep voor het verpleeghuis geïndiceerde amputatiepatiënten niet revalideerbaar is.



De commissie werkte van januari 2016 tot november 2018 aan de totstandkoming van het concept behandelkader. Het concept is meerdere keren besproken in de WAP en daarna ter advisering ook voorgelegd aan de patiëntenvereniging Korter maar Krachtig (november 2016).

De werkgroep heeft n.a.v. de reactie van het bestuur het concept aangepast. Het definitieve concept behandelkader is voor autorisatie voorgelegd aan de leden tijdens een ALV (november 2017 en april 2019). Na autorisatie is het behandelkader gepubliceerd op de website van de VRA.

Dit document zal t.z.t. afgestemd worden met Verenso

Dit behandelkader betreft alleen de medisch specialistische revalidatie (MSR) ten aanzien van amputatiepatiënten. Ter onderscheid: geriatrische (amputatie-) revalidatiezorg is multidisciplinaire zorg voor kwetsbare ouderen.

Voor patiënten in **het verpleeghuis** is de revalidatiearts als consulent betrokken. Bij prothetisering in het verpleeghuis is de revalidatiearts ten minste betrokken bij receptuurbepaling en evaluatie van de effectiviteit van de prothese. De revalidatiearts speelt een actieve rol in het vormgeven van een kwalitatief hoogstaande keten, waarbij ziekenhuizen en **verpleeghuizen** over adequate kennis beschikken van de revalidatiegeneeskundige principes bij de behandeling van patiënten met een beenamputatie en die adequaat kunnen toepassen. Voor consultatie en medebehandeling in het **verpleeghuis** wordt geadviseerd om lokaal afspraken te maken en vast te leggen hoe revalidatieartsen gebruik maken van expertise van collega-revalidatieartsen bij WAP-2 of bij WAP-3 gerelateerde vragen en specifieke aandachtsgebieden.



'Ik heb het nog nooit gedaan,
dus ik denk dat ik het wel kan.'

- Pipi Langkous



umcg

Afstemming



umcg

Richtlijn amputatie en prothesiologie onderste extremiteit

CBO multidisciplinaire richtlijn



umcg

Conceptrichtlijn Amputatie en prothesiologie onderste extremiteit

10

15

20

INITIATIEF

Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen

IN SAMENWERKING MET

Nederlandse Orthopedische Vereniging
Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
Nederlandse Vereniging voor Reekunde
Nederlands Instituut voor Psychologen
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
Verenso
IWOS-Orthobanda
Stichting Orthopedische Hulpmiddelenzorg Nederland
Kortat maar Krachtig
ISPO Nederland
Ergotherapie Nederland
Revalidatie Nederland
Verpleegkundigen en Verzorgende Nederland

30

35

MET ONDERSTEUNING VAN

Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

40

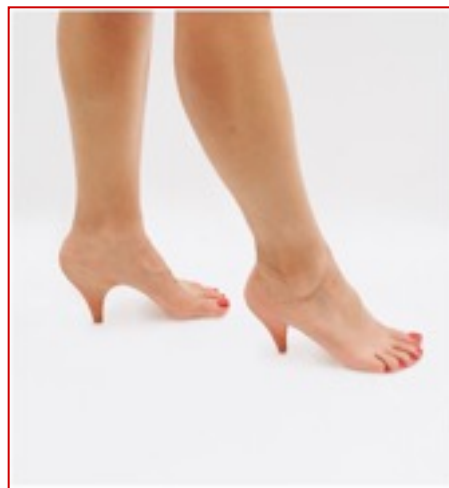
FINANCIERING

De richtlijnontwikkeling werd gefinancierd uit de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

45

Conceptrichtlijn Amputatie en prothesiologie onderste extremiteit
Commentaarfase november 2019

5



Drs. H.P.P.R. de Wever, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts geriatrische revalidatie, De MARQ, Breda, Verenso



umcg

Samenwerking



umcg

Vraag 3: Hoe moet de samenwerking tussen revalidatieartsen en specialisten ouderengeneeskunde voor vaatpatiënten met een indicatie voor beenamputatie boven het niveau van de enkel /na een beenamputatie boven het niveau van de enkel worden georganiseerd?

Aanbevelingen voor revalidatieartsen

Betrek tijdens de triage in het ziekenhuis na de amputatie de specialist ouderengeneeskunde, kaderarts GRZ bij een vaatpatiënt met multi-morbiditeit en/of verminderde belastbaarheid.

Voor de vaatpatiënten die naar de GRZ worden verwezen:

Maak afspraken met specialist ouderengeneeskunde, kaderarts GRZ voor opvolgen van het prothesetraject in de GRZ.

Bespreek met specialist ouderengeneeskunde, kaderarts GRZ de ambulante behandeling van de GRZ patiënt in post-klinische fase.

Platform Prothesen (kwaliteitsstandaard Vilans)

- Geen SOG vermeld
- Woord verpleeghuis: -
- ? Samenwerking?

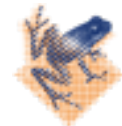
Facilitators & Barrières

- Concurrentie?
- Afbakening?
- Arrogantie?
- Afstand?
- Staat de patiënt wel centraal??



Hoe nu verder?

- Lokaal: VPH en RC maar ook RA en SOG
- Landelijk: RN en Actiz
- Verenso en VRA
- Hooglerarenconventen



Conclusie

- Samenwerking weer/meer opzoeken
- VPH: specialiseren?/centreren?
- Q2: Spreiding-Concentratie dag
 - VRA-RN





www.umcg.nl

Hartelijk dank voor uw aandacht

j.h.b.geertzen@umcg.nl



umcg