

Bijlage Verslag Invitational Conference

Datum: 16-01-2023

Aanwezigen: Hanna Willems (NVKG en voorzitter GTU), Richard Faaij (NVKG en medevoorzitter GTU), Elvira Flikweert (NVvH en medevoorzitter GTU), Debbie Loeters (KNGF), Janita Minderhoud (Laego, NHG), Leonoor van Dam van Isselt (Verenso), Bart Spaetgens (NIV), Linda Vink (EN), Agnes Bruijn (Osteoporose Vereniging), Emma Gans (Kennisinstituut FMS), Janke de Groot (Kennisinstituut FMS)

1. Kennismaking

Hanna heet iedereen welkom en er is een korte kennismaking.

Leonoor geeft aan dat er een ZonMW project loopt (initiatief Verenso) om een leidraad geriatrische revalidatie na heupfractuur te maken (Leonoor, Agnes en Elvira zijn daar allen bij betrokken), belangrijk om te zorgen dat deze twee stukken goed bij elkaar aansluiten en dubbel werk te vermijden.

2. Raamwerk handboek: welke onderwerpen ziet u graag besproken?

SEH

Janita merkt op dat de beschreven patient-journey op de SEH begint, terwijl daar een fase aan vooraf gaat (eerste lijn; huisarts). Hanna: wat is daarin belangrijk? Janita: goede triage, overdracht over mate van kwetsbaarheid, advance care planning en hoe de patiënt in het leven staat. Een idee is om in Zorgdomein al een format aan te maken over essentiële onderdelen van een overdracht.

Leonoor vult aan om in een zo vroeg mogelijke fase al vooruit te blikken na nazorg en revalidatie. Daar zien we binnen ziekenhuizen veel variatie in. Wanneer je zo vroeg mogelijk een inschatting maakt of revalidatie nodig zal zijn dan kun je aan verwachtingsmanagement doen over de hele behandeling, en niet alleen de operatie zelf. Dan bereid je mensen beter voor.

Agnes voegt toe dat voor de opvang op de SEH, er ook al handeling gedaan zijn door zorgmedewerkers daarbuiten. Bijvoorbeeld, een ambulancemedewerker die pijnstilling geeft. Dat kan gevolgen hebben voor cognitief functioneren en in hoeverre je dan in staat bent om beslissingen te maken over o.a. wel/niet opereren. Zijn er ook opties voor pijnstilling waarbij de patiënt helder blijft?

Janita geeft aan dat sommige mensen via de röntgen naar de afdeling gaan, en dus niet via de SEH. Hanna vult aan dat dit (bijna) nooit geldt voor de kwetsbare ouderen die vallen en een heup breken, die komen nagenoeg altijd via een ambulance naar de SEH.

Preoperatieve fase

De volgende aanvullingen op het raamwerk worden gedaan:

Debby: fysiotherapie vroeg betrekken voor ademhalingstechnieken, juist voorafgaand aan de operatie al relevant

Linda: ergotherapie vroeg betrekken om leefregels voor na de operatie door te nemen en de thuissituatie in kaart te brengen

Agnes: betrekken van mantelzorg / naasten

Leonoor: in kaart brengen doelen, wensen van de patiënt, en het niveau van pre-morbide functioneren. Dit geeft meer inhoudelijke informatie dan alleen de thuissituatie en er kunnen dan sneller besluiten worden genomen (komt iemand in aanmerking voor kortdurende revalidatie, etc).

Hanna/Leonoor: belangrijk om realistische doelen te stellen, handvatten in het handboek geven hoe hiermee om te gaan (weer lopen is bijvoorbeeld niet altijd haalbaar)

Emma: risico op delier in kaart brengen, delierpreventieve maatregelen
Leonoor: leerbaarheid van de patiënt

Tot slot wordt genoemd: de keuze wel/niet opereren wordt beschreven maar de rest van het handboek lijkt nu te gaan over het opereren deel. Hanna: goede aanvulling, we zullen ook het traject dat volgt uit 'niet opereren' uitwerken in het handboek.

Per-operatieve fase

Vanuit de aanwezigen zijn er nu geen aanvullingen, er zal nog navraag gedaan bij de NVA (Anesthesiologie) voor aanvullingen.

Eerste dagen postoperatief

Vanuit de groep wordt benoemd dat het erg belangrijk is om zo snel mogelijk te beginnen met revalideren, en dat begint eigenlijk al op de dag van operatie. Debbie vult hierbij aan dat het ideaal is als de patiënt op dag 0 al een keer op de bedrand heeft gezeten (bijvoorbeeld met hulp van de verpleegkundigen) en dat dat al heel veel helpt met het verder mobiliseren op dag 1. Debbie merkt in de praktijk als mensen wachten op ontslag naar revalidatie, dat zij dan letterlijk in de wachtstand gaan en onvoldoende mobiliseren. Als je de wachttijd goed benut met revalideren binnen het ziekenhuis, kunnen mensen soms gewoon naar huis. Daar doet soms het volgende probleem zich voor: administratieve last die verandering van ontslagbestemming met zich mee brengt (revalidatieplek afzeggen, thuiszorg inschakelen) maakt dat patiënten soms toch niet naar huis gaan terwijl dat wel kan. Dat belemmert de doorstroom.

Agnes benadrukt het belang van Samen Beslissen gedurende het hele proces. Belangrijk dat er geen conclusies worden geformuleerd over ontslagbestemming zonder dat de patiënt en naasten hierin zijn meegenomen.

Start revalidatie en voorbereiden ontslag

Naam van deze zorgfase moet wellicht anders, zoals eerder genoemd start de revalidatie dus al op dag 0.

Janita ziet in het handboek graag terug hoe je de overdracht naar eigen verzorgingstehuis waarborgt, en hoe daar de revalidatie gecontinueerd moet worden.

Leonoor: voorafgaand aan de verschillende opties die genoemd worden (GRZ, thuis, anders) moet een goede triagering aan vooraf gaan, een goede indicatiestelling. Wat is de juiste plek voor deze patiënt vanuit de doelen en het participatieniveau gesteld. Sluit zich aan bij Janita: ook wanneer je teruggaat naar een verzorgingshuis dan moet een patiënt revalideren en dat gebeurt vaak onvoldoende.

Of een patiënt met cognitieve stoornissen naar de GRZ kan, en of dat je de juiste plek is, daar is veel onduidelijkheid en discussie over. Dat gaan we binnen het ZonMW Verenso project ook uitzoeken in de literatuur. Is er voor deze patiëntengroep een GRZ-indicatie, of WLZ, of misschien ELV? Indicatiestelling is hierbij echt het belangrijkste, soms wordt de keuze ook gemaakt op basis van waar er plek is en dat is verre van ideaal.

Hanna vraagt of het deel revalidatie buiten de GRZ om ook in het ZonMW project van Verenso ook beschreven zal worden, waarop Leonoor antwoordt dat dat niet het geval is. In principe is het revalideren in andere instellingen niet anders dan dat een patiënt dat thuis zou doen. Het verschilt van thuis omdat de organisatie anders is (veel andere verzorgenden betrokken). Binnen het handboek willen we beschrijven welke handvatten we dan mee kunnen geven als patiënt naar een instelling,

anders dan de GRZ, gaat. Op eenzelfde manier als een fysiotherapeut nu ook adviezen meegeeft voor thuis.

Agnes vraagt waar de rest aan denkt bij osteoporosezorg. Hanna vult aan dat dit onderwerp niet vergeten mag worden, omdat de meeste mensen vaak opnieuw een fractuur oplopen.

Debbie voegt toe dat bij een val ook de oorzaak van de val in kaart gebracht moet worden, en dat er moet worden gekeken of de val te verklaren is of niet. Dit in het kader van val- en fractuurpreventie. Veel fysiotherapeuten zijn bezig met herstel, maar kijken niet naar val- en fractuurpreventie. Niet iedereen hoeft en kan naar de valpoli, dus het is belangrijk om afspraken te maken wie wat wanneer doet. Hanna voegt toe dat sommige items al in het ziekenhuis gedaan kunnen worden (medicatie, context val, alcohol), maar andere zaken komen pas later aan bod, dit is een gefaseerd traject.

Overdracht in de keten

Leonoor: belangrijk om heldere afspraken en adviezen te geven t.a.v. belastbaarheid na verschillende typen operaties. Vraagt zich tevens af of die adviezen nog up-to-date zijn, veel variatie.

Elvira: in de richtlijn heupfractuur staat dat je altijd moet streven naar belastbare osteosynthese. "onbelast" bestaat eigenlijk niet en is dus achterhaald. Leonoor: in de praktijk krijgen we nog steeds tegenstrijdige adviezen. Hanna: wij zullen in ons handboek daar advies over geven en verwijzen naar de richtlijn.

Hanna: ook beschrijven in het handboek dat wanneer patiënten heel snel ontslagen worden naar een andere instelling, dat sommige ziekenhuis-activiteiten zich dan dus verplaatsen naar een andere plek in de keten.

Richard stelt dat bij standaardbrieven vroeg contact gezocht moet worden met ontwikkelaars van het EPD om de mogelijkheden te exploreren.

Agnes: Patiënten brief moet voor patiënt en huisarts in begrijpelijke taal staan, rekening houden met lage gezondheidsvaardigheden.

De gehele groep is het eens dat het belangrijk is om in de brief de verwachtingen te benoemen, dus naast het doel ook op welke termijn. Dan weet de huisarts, patiënt of naasten ook wanneer het belangrijk is om aan de bel te trekken dat het herstel niet gaat zoals gehoopt. Debbie: ook het verwachte einddoel benoemen in de brief. Dit kan altijd nog bijgesteld worden gaandeweg.

Nazorg

Belangrijk om te noemen dat er ook afgezien kan worden van follow-up afspraken in het ziekenhuis, maar dat de nazorg bijvoorbeeld door een huisarts wordt gedaan. Nazorg kan dus op verschillende manieren worden ingevuld.

Multidisciplinaire nazorgpoli lijkt eerder uitzondering dan regel, vaak te weinig aandacht voor functioneren en meer voor het medisch-inhoudelijke/technische aspect. Goed om verder uit te werken hoe deze poliklinieken er dan uit zien, wie er betrokken is, etc.

Er volgt ook een discussie of de 6 weken controlefoto wel zinvol is wanneer een patiënt goed kan revalideren. Dit is een onderwerp om verder uit te werken in het handboek.

Hanna/Leonoor: Ongeveer 20% probeert GRZ maar kan toch niet naar huis, en gaan naar de WLZ. Wanneer GRZ is afgerond en in beeld is hoe de rest van het traject er uit zal zien (thuis vs. WLZ), dan

is dat ook het moment om goede afspraken te maken over wat nog zinnig is. Dit kan heel goed een groep zijn die voor deze zorg niet meer terug hoeft te komen in het ziekenhuis.