

10 jaar samenwerking Trauma en Revalidatie

Interview met Yvette van Horn, revalidatiearts Adelante

Door: Maria Kerckhoffs, stafmedewerker NAZL

Tien jaar geleden is de vakgroep traumatologie van het azM en Adelante gestart met een nieuw beleid op het gebied van de behandeling van multitraumapatiënten. Ik praat hierover met Yvette van Horn, revalidatiearts van Adelante, afdeling ATO (amputatie-trauma-orthopedie).

“Destijds heeft mijn voorgangster Bea Hemmen samen met professor Brink gekeken hoe zij de traumapatiënten beter konden behandelen. Ten eerste komt de revalidatiearts eerder bij de traumapatiënt in het ziekenhuis en ten tweede worden zij eerder overgeno-

men door het revalidatiecentrum. Belangrijke voorwaarden waren het inrichten van een gezamenlijk spreekuur één keer per maand en scholing van de fysiotherapeuten, en andere teamleden, in het omgaan met de multitraumapatiënt in een vroeg stadium. Dat is vormgegeven door 1-2 keer per week één uur met de fysiotherapeuten x-foto's te bekijken om te bepalen, wat is er aan de hand, wat is het voor fractuur, wat is logisch qua planning van belasting. Daarnaast is er in het gezamenlijke spreekuur met professor Brink genoeg tijd vrijgemaakt om dieper in te gaan op de casus zelf en zaken door te spreken”. Voor het behandelteam van Adelante is dit een hele omschakeling geweest. Traumapatiënten komen in een ander stadium van het postoperatieve traject binnen. Dat bete-

kent het opbouwen van meer kennis over fracturen en fractuurbehandeling in een vroeg stadium. Hierbij spelen heel wat andere factoren een rol dan voorheen. De winst is dat patiënten die in een eerdere fase binnenkomen veel minder te maken krijgen met complicaties die kunnen opspelen, zoals contracturen van knie en voet, uitgebreid spierkrachtverlies etc. .

Hebben jullie dat ook onderzocht?

Van Horn: “Nee, we hebben nu sinds kort een WESP student die over de afgelopen 10 jaar gaat onderzoeken welke patiënten er zijn behandeld en wat de complicaties daarbij zijn geweest. Hoe is er belast en wanneer is het revalidatietraject afgesloten. Hij gaat dus terugkijken in de tijd”.



Behandelteam ATO Adelante

Hoeveel mensen zijn er gezien in het kader van dit project?

"We schatten dat het circa 300-350 patiënten zijn in de afgelopen 10 jaar, dus ongeveer 30 per jaar, maar die schatting is gebaseerd op de aantallen van de laatste jaren," aldus Van Horn. "We krijgen ook patiënten uit Heerlen, soms Sittard of de ziekenhuizen in Noord Limburg. Het dichtstbijzijnde andere revalidatiecentrum ligt in Eindhoven en Nijmegen".

Er kan veel discussie zijn over de rol van de revalidatiearts in het bepalen van het beleid, zeker ten aanzien van opbouw van belasting. "Die discussie is nog steeds gaande, niet zozeer met het azM, maar wel met andere ziekenhuizen. Men houdt vast aan hoe het van oudsher werd gedaan, de chirurg zegt wat hij gedaan heeft en hoe er verder gerevalideerd moet worden. Revalidatie is een apart vak, gelukkig is dat de laatste 10 jaar duidelijker geworden, met onze kennis, kunde en expertise nemen wij daar steeds meer de verantwoordelijkheid in, die moeten we ook nemen. Het is natuurlijk heel veilig om alleen uit te voeren wat de arts zegt, soms zien wij patiënten die bijvoorbeeld ook belasten als dat niet de bedoeling is. En toch gaat er dan niets mis, dat kan dus blijkbaar! Vervolgens is dan de vraag kunnen wij dan eerder belasten? En onder welke omstandigheden is het veilig om dat wel te doen en wanneer niet. Dat is waar wij de vinger op kunnen leggen, omdat we die patiënt van dichtbij zien functioneren".

Als patiënten opgenomen zijn bij Adelante, kunnen ze dagelijks gevolgd worden. Als ze na enkele weken naar huis gaan, worden ze nog drie keer per week poliklinisch gezien. Bij de chirurg komt de patiënt om de zes weken op controle. Wat er in die zes weken gebeurt is niet in beeld. Van Horn: "Maar een fractuur geneest niet in stukjes, het is een on-going proces. We hebben, samen met prof. Brink, steeds meer ondervonden dat

fracturen niet stapsgewijs genezen en dat de x-foto na zes weken altijd achterloopt op de feiten. Die foto zegt wel iets over de stand van de fractuur, maar niet over de genezing. Er is gebleken dat vroeger belasten geen nadelen oplevert ten opzichte van langer wachten, terwijl je wel de voordelen hebt van vroeg belasten. Je hebt minder last van contracturen en mensen kunnen eerder hun normale leven oppakken. Vaak wordt vergeten hoe belangrijk het is voor patiënten om gewoon weer met de hond te wandelen of de kinderen uit school te halen zonder rolstoel".

Hoe komt het dat artsen blijven vasthouden aan hun oude strategie?

"We proberen na te gaan waar die 6 weken op gebaseerd zijn, maar daar is heel weinig wetenschappelijk bewijs over", aldus Van Horn. "Het is natuurlijk lastig om zaken te veranderen die altijd zo gedaan zijn. De AO richtlijnen geven wel een beetje sturing, maar niet zo heel veel. Het enige houvast dat je hebt is wat er vroeger al bedacht is, controle na 6 en 12 weken. De rol en samenwerking met de revalidatiearts is van cruciaal belang voor de patiënt".

Van Horn vervolgt: "We zijn nu bezig onze huidige werkwijze heel nauwkeurig te beschrijven. We hebben een protocol gemaakt om te zorgen dat we alles eenduidig meten, op bepaalde tijdstippen, zodat vastligt wanneer men wat doet. Het protocol beschrijft wat belangrijk is in de traumarevalidatie, welke factoren hebben invloed op wond- en fractuurgenezing en op de mate van belasting. Dat heeft ook te maken met de operatietechniek, welke osteosynthesetechnieken zijn gebruikt, en met patiëntfactoren, zoals conditie en co-morbiditeit. Ook heeft het te maken met de signalen die tijdens de revalidatie naar boven komen, de belangrijkste daarvan zijn pijn, zwelling en roodheid. Hoe die factoren samenhangen weten we nog niet, daarvoor is de registratie zo belangrijk".

De vroege fase waarin patiënten naar Adelante worden verwezen heeft tot gevolg dat de behandeling gecompliceerd kan zijn door een moeilijke combinatie van factoren. Als voorbeeld noemt Van Horn een patiënt met een bekken- en onderarmfractuur, amputatie van beide benen en een enorme wond, maar toch met een positief instelling. Van Horn: "Hier moeten dus keuzes gemaakt worden. Deze zijn uitgebreid met de patiënt besproken waarbij we alle voor- en nadelen benoemen. Gezamenlijk hebben we gekozen voor een snellere revalidatie in de rolstoel, zodat zijn positieve instelling niet negatief zou worden. Het heeft hem enorm geholpen. Daarbij weet je natuurlijk nooit hoe het zou zijn gegaan als je een ander keuze had gemaakt. Keuzes maak je samen met de patiënt en zijn familie".

Wat is de belangrijkste winst in deze 10 jaar?

De belangrijkste winst is dat we op één lijn zitten met het azM. De laatste 4 jaar zijn we nog intensiever gaan samenwerken met het azM waarbij de hulpvraag van de patiënt steeds belangrijker is geworden. Dat is op een heel natuurlijke manier gegaan. Dat geeft aan hoe we gegroeid zijn in de traumarevalidatie. Je merkt aan prof. Brink dat hij revalidatie-minded is. Hij praat met de patiënt en neemt er de tijd voor. Dat komt niet veel voor. Hij kan helpen om de patiënt over een grens te trekken, als deze bang is. Het helpt als de professor zegt dat de patiënt moet doorzetten".

Een mooie afsluiter van Yvette van Horn: "Samenwerking in het belang van de patiënt daar draait het om. De patiënt vooruit helpen zodat hij de draad in zijn leven weer kan oppakken".

Meer informatie Adelante:
www.adelante-zorggroep.nl