
Geriatrische revalidatiezorg na triage op de Spoedeisende Hulp: Patiëntkarakteristieken en revalidatie-uitkomsten

Auteurs: Stephanie van Zuilekom, Renate M. Schut, Barbara C. van Munster, Petra E. Spies

Samenvatting

Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is in Nederland ook mogelijk na triage door de klinisch geriater op de Spoedeisende Hulp (SEH). Het doel van deze studie is om een beeld te schetsen van de patiëntengroep die middels een eenmalig patiëntcontact op de SEH door de klinisch geriater wordt geselecteerd voor GRZ, inzicht te geven in de ontslagbestemming na het revalidatietraject en patiëntfactoren te identificeren die invloed hebben op de GRZ-uitkomst. Een succesvolle GRZ werd gedefinieerd als een revalidatieperiode van maximaal zes maanden gecombineerd met ontslag naar huis of woonzorgcentrum. Alle patiënten die in 2016 op de SEH van Gelre Ziekenhuis Apeldoorn werden geselecteerd voor GRZ werden geïncludeerd waarbij retrospectief gegevens werden verzameld uit de bief van de klinisch geriater en de specialist ouderengeneeskunde. Van de 74 geïncludeerde patiënten (gemiddelde leeftijd 84,7 jaar) kon 84% binnen zes maanden succesvol worden ontslagen naar huis of een woonzorgcentrum. Presentatie na een valincident en de afwezigheid van een partner in de thuissituatie werden vaker gezien in de niet-succesvolle groep. Het premorbide zelfstandig thuis wonen zonder professionele hulp werd daartegen vaker bij de succesvolle GRZ-groep gezien. Bovenal betreft het een kwetsbare patiëntengroep waarbij ondanks revalidatiezorg sprake is van een hoge één jaarmortaliteit (21,6%) en algehele functionele achteruitgang ten opzichte van het premorbide functioneren.

Geriatric rehabilitation of patients selected at the emergency department: patient factors related to rehabilitation outcome

Abstract

In the Netherlands geriatric rehabilitation is possible (among others) for patients who are selected by a geriatrician at the emergency department of a hospital. The aim of this study was to investigate the rehabilitation trajectory of patients who were selected for geriatric rehabilitation at the emergency department after a single contact with the geriatrician and to identify patient factors related to rehabilitation outcome. Successful rehabilitation was defined as discharge to home or a residential care facility after a maximum of 6 months. All patients who in 2016 were selected for geriatric rehabilitation were included. Data were collected retrospectively from electronic patient files. 74 patients were included (mean age 84.7 years). 84% were successfully discharged home or to a residential care facility within six months. The presentation with a fall and the absence of a partner at home was higher in the unsuccessful group. In the successful group more patients lived independent and without professional help prior to rehabilitation. Noteworthy is that the analysed patient group is a frail group, considering the high one-year mortality (21,6%) and overall functional decline despite geriatric rehabilitation.

Kernwoorden: geriatrische revalidatiezorg, ontslagbestemming, ouderen, verpleeghuizen

Keywords: Discharge destination, Elderly, Geriatric rehabilitation

Inleiding

Wanneer kwetsbare ouderen zich op de Spoedeisende Hulp (SEH) van een ziekenhuis presenteren met een acute

aandoening of functionele achteruitgang is er niet altijd een indicatie voor een opname in het ziekenhuis en kan tegelijkertijd terugkeer naar de thuissituatie onmogelijk zijn. Op dat moment kan de klinisch geriater op de SEH in Nederland de patiënt selecteren voor geriatrische revalidatiezorg.

Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) omvat de multidisciplinaire zorg voor laag-belastbare ouderen bij een acute aandoening of functionele achteruitgang met als doel het verminderen van functionele beperkingen zodat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is¹². Het betreft gespecialiseerde zorg met revalidatiedoelen op meerdere domeinen voor een patiëntengroep met complexe multimorbiditeit en een verminderde leeren trainbaarheid. De duur van GRZ bedraagt maximaal zes maanden.

Sinds 1 januari 2013 maakt de GRZ onderdeel uit van de Zorgverzekeringswet. Binnen de geriatrische revalidatie worden vijf hoofddiagnosegroepen onderscheiden: 1) CVA, 2) electieve orthopedie, 3) status na trauma, 4) amputaties, 5) overig.

Strikte patiëntselectie voor GRZ is enerzijds noodzakelijk om passende zorg te kunnen bieden aan patiënten die fysiek en mentaal in staat worden geacht binnen zes maanden de gestelde revalidatiedoelen te behalen en is anderzijds noodzakelijk gezien de beperkte beschikbaarheid en de kosten van deze specialistische zorg. Patiënten waarbij op voorhand geen uitzicht is op terugkeer naar huis komen niet in aanmerking voor GRZ. Om tot de juiste selectie van patiënten te komen doet de klinisch geriater op de SEH een comprehensive geriatric assessment (CGA). Eerder onderzoek liet zien dat deze methode effectief is in het uitsluiten van somatische pathologie met noodzaak tot ziekenhuisopname en voor het opstellen van een initieel behandelplan met relevante diagnosestelling en

aanbevelingen voor de specialist ouderengeneeskunde in het verpleeghuis³. Daarnaast beoordeelt de klinisch geriater of de beoogde patiënt voldoende gemotiveerd, belastbaar en leerbaar is en of er een reële intentie is tot terugkeer naar de thuissituatie. Tot slot vindt er afstemming plaats tussen klinisch geriater en specialist ouderengeneeskunde waarbij laatstgenoemde een functionele prognose vaststelt op basis van de diagnose, comorbiditeit, het premorbide en actuele functioneren

en de medische stabiliteit. Naast de toegang vanaf de SEH is GRZ ook mogelijk na een ziekenhuisopname.

In 2015 werden in Nederland 45.000 patiënten behandeld binnen de GRZ. De gemiddelde ligduur bedroeg 45 dagen. Twintig procent van deze patiënten keerde niet terug naar de thuissituatie⁴.

Over deze 9.000 patiënten is niet veel bekend. In de cijfers is geen onderscheid gemaakt in patiënten die werden geselecteerd op de SEH of vanuit een ziekenhuisopname, de verwijzend medisch specialist of de diagnosegroepen. De patiëntengroep die door de klinisch geriater op de

SEH werd geselecteerd is niet eerder apart geanalyseerd. Eerder onderzoek naar factoren die van invloed waren op ontslag na GRZ is beperkt. Er is een systematische review verricht die echter geen in Nederland gesitueerde studies bevatte. Er werd gekeken naar niet-CVA revalidanten met een revalidatietraject in aansluiting op een ziekenhuisopname. Factoren die geassocieerd waren met ontslag naar huis waren: jongere leeftijd, niet-blanke etniciteit, gehuwde staat, betere functionele en cognitieve status en de afwezigheid van een depressie.⁵

Het doel van deze studie is om een beeld te schetsen van de patiëntengroep die middels een eenmalig patiëntcontact op de SEH door de klinisch geriater wordt geselecteerd voor GRZ, het verloop van hun revalidatietraject en de patiëntfactoren die verschillen tussen

de groepen met een succesvolle en niet-succesvolle GRZ-uitkomst. De resultaten van dit onderzoek kunnen de klinisch geriater ondersteunen in de triage op de SEH ten aanzien van de uitplaatsing met een passende indicatie en de specialist ouderengeneeskunde in

het behandelplan gedurende het revalidatieproces om de kans op een succesvolle uitkomst te vergroten.

Methode

Patiënten

Patiënten werden geïncludeerd als zij in de periode van 1 januari 2016 t/m 31 december 2016 door de klinisch geriater op de SEH van Gelre Ziekenhuis Apeldoorn werden geselecteerd voor GRZ en deze zorg ontvingen binnen Zorggroep Apeldoorn. Ook de patiënten die vanwege logistieke redenen één nacht in het ziekenhuis verbleven werden geïncludeerd. De exclusiecriteria waren GRZ na een ziekenhuisopname en patiënten die GRZ afwezen, ook als zij later vanuit de thuissituatie alsnog besloten om GRZ te willen ontvangen (de zogenaamde spijtoptantenregeling).

Gegevensverzameling en variabelen

Gegevens over patiëntkarakteristieken, comorbiditeit, medische, functionele en psychosociale problemen werden retrospectief verzameld uit de brief van de klinisch geriatrater waarin het geprotocolleerde CGA was beschreven. De informatie uit het CGA was gebaseerd op diagnoses in de voorgeschiedenis, de (hetero)anamnese, de klinische blik en de bevindingen bij diagnostiek op de SEH. De somatische bevindingen werden gecategoriseerd. Uit de ontslagbrief van de specialist ouderengeneeskunde en het elektronisch patiëntendossier werden gegevens verzameld over het GRZ-traject, zoals de opnameduur, (verandering in) functionele en psychosociale capaciteiten en de ontslagbestemming.

ADL functioneren werd op basis van (hetero-)anamnese ingedeeld in drie categorieën: zelfstandig, met hulp van mantelzorger, of met professionele hulp. Mobiliteit werd vastgelegd als zonder loophulpmiddel, met loophulpmiddel of rolstoelgebonden/bedlegerig. Woonsituatie werd gecategoriseerd als zelfstandig, zelfstandig met thuiszorg of woonzorgcentrum. De co-morbiditeit werd middels de Charlson Comorbidity Index gescoord⁶. Hierbij werd voor nierziekten een geschatte glomerulaire filtratiesnelheid (eGFR) <60 ml/min of een beschreven verminderde nierfunctie in de brief aangehouden. Overlijden in het jaar volgend op de presentatie op de SEH werd gecontroleerd bij de gemeentelijke basisadministratie.

Analyse

Allereerst werd bepaald welk deel van de patiënten het GRZ-traject succesvol doorliepen. Voor de definitie van een succesvolle uitkomst werd de gangbare definitie gebruikt: een GRZ-traject dat maximaal zes maanden beslaat in combinatie met ontslag naar huis of een woonzorgcentrum. Niet-succesvolle GRZ werd gedefinieerd als ontslag na een periode langer dan zes maanden, bij een andere ontslagbestemming dan terugkeer naar huis of woonzorgcentrum of bij overlijden tijdens GRZ.

Factoren waarvan werd onderzocht of er een verschil bestond tussen de groep met niet-succesvolle revalidatie en succesvolle revalidatie waren: leeftijd, geslacht, opnamereden, mate van comorbiditeit, cognitieve stoornissen, stemmingsproblematiek, mobiliteit, pre-existente ADL-zelfstandigheid, urine-incontinentie, visus- en/of gehoorproblemen, aanwezigheid van ondervoedingsrisico en de aan-/afwezigheid van een partner in de thuissituatie.

Statistische analyse

Voor de statistische analyse werd gebruik gemaakt van het statistische softwarepakket SPSS 23. De t-test, de Mann-Whitney U test en de χ^2 -toets of Fisher's exact toets werden gebruikt om de verschillen in karakteristieken te analyseren bij de niet-succesvolle en succesvolle patiëntengroep. Een p-waarde <0,05 werd als statistisch significant beschouwd.

Resultaten

Er werden 74 patiënten geïncludeerd. Tabel 1 geeft de demografische en klinische karakteristieken weer van de geïncludeerde patiënten. De gemiddelde leeftijd was 84,7 jaar (SD 7,1) en 74% was vrouw. Het merendeel (95,9%) van de patiënten woonde zelfstandig, al dan niet met thuiszorg. In 17,6% was er een partner in de thuissituatie. Somatische bevindingen bij het CGA betroffen voornamelijk pijnklachten (77%), vallen (71,6%) en fracturen (21,6%).

Tabel 1 Demografische karakteristieken

Image not found or type unknown

Legenda bij Tabel 1 van Zuilekom

Image not found or type unknown

62 patiënten (84%) gingen na het GRZ-traject met ontslag naar huis of een woonzorgcentrum. Bij 12 patiënten (16%) was het GRZ-traject niet succesvol. De mediane opnameduur was 37 (2-128) dagen; bij de succesvolle groep 37 (8-128) dagen en bij de niet-succesvolle groep 51 (2-91) dagen (tabel 2). De klinisch geriater schatte vóór GRZ de cognitie bij 11,2% van de patiënten in als (verdenking) dementie. De specialist ouderengeneeskunde classificeerde na GRZ de cognitie in 26,1% van de gevallen als (verdenking) dementie. Tijdens het GRZ-traject werd bij 12 patiënten de MMSE afgenomen (mediaan 24, spreiding 15-28). De aanwezigheid van lichte stemmingsklachten was hoger op de SEH dan bij ontslag uit GRZ (26,4% versus 16,1%). Het zelfstandig mobiliseren zonder loophulpmiddel daalde van premorbide 28,4% naar 16,9% bij ontslag uit GRZ. Ook de ADL-zelfstandigheid nam af (54,1% naar 16,9%). Leverproefstoornis (41,7% versus 11,3%) en vallen (100% versus 66,1%) bij beoordeling op de SEH kwamen vaker voor in de niet-succesvolle GRZ-groep ($p=0,02$). Zelfstandig thuis wonen zonder professionele hulp kwam vaker voor in de succesvolle GRZ-groep (53,2% versus 16,7%, $p=0,03$). In het eerste jaar na presentatie op de SEH overleden 16 patiënten, waarvan acht patiënten in de niet-succesvolle groep (66,7% versus 12,9% in de succesvolle groep, $p < 0,001$). Drie van deze acht patiënten overleden tijdens de GRZ-opname. Tussen de overige factoren werden geen verschillen gevonden.

Tabel 2 Uitkomsten GRZ-traject van Zuilekom

Image not found or type unknown

Discussie

Deze retrospectieve cohortstudie laat zien dat 84% van de patiënten die op de SEH door de klinisch geriater werden geselecteerd voor GRZ succesvol konden worden ontslagen naar huis of een woonzorgcentrum. De diversiteit en complexiteit in de bevindingen bij het comprehensive geriatric assessment geven aan dat we te maken hebben met een heterogene patiëntengroep met multimorbiditeit op verschillende domeinen.

Vergelijking met bestaande literatuur

In de bestaande literatuur volgde GRZ op een ziekenhuisopname en werd veelal een specifieke diagnosegroep geanalyseerd. Tot op heden is er weinig bekend over de patiëntengroep die middels een eenmalig contact op de SEH werd geselecteerd voor GRZ. Uit landelijk onderzoek in 2015 komt een succespercentage van 80%⁴. Hierbij moet de kanttekening gemaakt worden dat dit het gemiddelde is van alle GRZ-opnames en er dus geen onderscheid is gemaakt tussen de verschillende diagnosegroepen en opname vanaf de SEH of na een ziekenhuisopname. Het succespercentage van 84% in onze studie komt grofweg overeen met de landelijke cijfers uit 2015. De patiëntengroep die middels een eenmalig contact op de SEH wordt geselecteerd lijkt het in ieder geval niet slechter te doen dan de totale groep patiënten die GRZ ontvangt.

Uit onze studie kwam naar voren dat wanneer iemand zelfstandig woonde zonder professionele hulp en wanneer er een partner aanwezig was dit mogelijk de kans op een succesvol GRZ-traject vergroot aangezien deze patiëntfactoren vaker voorkwamen in de succesvolle GRZ-groep. Dit komt overeen met eerder gevonden succesfactoren gehuwde staat en betere functionele status⁵. De factoren jongere leeftijd, beter cognitief functioneren en de afwezigheid van een depressie konden in onze studie niet bevestigd worden.

De mediane opnameduur van 37 dagen ligt onder het landelijke gemiddelde van 45 dagen waarbij moet worden opgemerkt dat in de landelijke cijfers geen onderverdeling is gemaakt in diagnosegroep en GRZ volgend op SEH-bezoek versus GRZ in aansluiting op ziekenhuisopname⁴. In de geobserveerde periode overleed 4,1% gedurende de GRZ-opname. Deze waarde ligt in het interval uit eerder onderzoek waarbij de mortaliteit in 2015-2016 4,0-6,9% bedroeg⁷.

Interpretatie

De kwetsbaarheid van de beschreven patiëntenpopulatie komt in onze studie duidelijk naar voren. Van de patiënten die de klinisch geriater selecteert voor GRZ is één op de vijf binnen één jaar overleden. Zowel in de niet-succesvolle groep als in de succesvolle groep is een noemenswaardige functionele achteruitgang zichtbaar. Het percentage patiënten dat ADL zelfstandig is en het percentage patiënten dat zelfstandig zonder loophulpmiddel mobiliseert is bij ontslag uit GRZ fors afgenomen ten opzichte van het premorbide functioneren.

Dit impliceert dat patiënten ondanks individueel afgestemde geriatrische revalidatiezorg niet op het oude functioneren terugkomen en hierdoor na ontslag uit GRZ afhankelijk zijn van professionele zorg en/of een loophulpmiddel. Toch betekent dit niet dat het GRZ-traject zinloos was. Het suggereert dat de patiënten niet volledig op het oude functioneren terug kwamen, maar (in 84% van de gevallen) wel dusdanig functioneerden dat terugkeer naar huis verantwoord was. Op dit moment wordt een GRZ-traject als succesvol beschouwd als de patiënt binnen zes maanden naar huis of een woonzorgcentrum ontslagen kan worden. Dit is uiteraard een momentopname. Vervolgonderzoek is nodig om te kijken hoe het deze patiënten vergaat in het eerste jaar na ontslag uit GRZ en naar het aantal recidivisten binnen de geriatrische revalidatiezorg.

Het is opmerkelijk dat de patiënten in de niet-succesvolle GRZ-groep zich allen presenteerden na een valincident. Interpretatie van dit gegeven is echter lastig aangezien er geen onderscheid is gemaakt tussen een eerste val en recidiverend vallen en gezien het kleine aantal patiënten.

In onze studie werden de cognitie en stemming op twee momenten beoordeeld, namelijk door de klinisch geriater op de SEH en door de specialist ouderengeneeskunde gedurende de GRZ-opname. Een opvallende bevinding hierbij is dat de specialist ouderengeneeskunde de cognitie vaker beschreef als (verdenking) dementie in vergelijking met de beschrijving van de klinisch geriater. Een mogelijke verklaring is dat de klinisch geriater geen harde diagnose kan stellen gezien de invloed van het somatische lijden op het cognitief functioneren, de eventuele aanwezigheid van een delier en het gebrek aan diagnostische mogelijkheden op de SEH. Daarentegen heeft de specialist ouderengeneeskunde een langere observatieperiode waarin de onderliggende somatische problematiek opklaart en er mogelijkheid is tot neuropsychologisch onderzoek.

Eerder onderzoek liet zien dat patiënten met een betere cognitieve status een grotere kans hebben op een succesvol GRZ-traject⁵⁸. Deze factor kon in onze studie niet bevestigd worden. Bij presentatie op de SEH werden vaker lichte stemmingsklachten gedocumenteerd dan bij ontslag uit GRZ. We vermoeden dat de stemmingsproblematiek op de SEH gebaseerd is op reactieve stemmingsklachten bij het onderliggende somatische ziektebeeld en de impact van het SEH-bezoek.

Sterkte- en zwaktepunten

De kracht van deze studie ligt in de beschrijving van een heterogene patiëntengroep die tot op heden nog niet apart geanalyseerd is binnen de bestaande literatuur naar geriatrische revalidatiezorg. Er is bewust gekozen voor patiënten selectie vanaf de SEH om een beeld te krijgen van de triage middels een eenmalige beoordeling door de klinisch geriater. De belangrijkste beperking ligt in het kleine patiëntenaantal door het feit dat het cohort patiënten bevat uit één ziekenhuis en de selectie plaatsvond in één kalenderjaar. Het is mogelijk dat er interregionale verschillen zijn in GRZ-uitkomsten. Een enkele patiënt zal niet meegenomen zijn in de studie doordat deze patiënt zich niet op de SEH presenteerde maar op de spoedpolikliniek geriatrie.

Een andere beperking ligt in de retrospectieve opzet waardoor er veelal gebruik moest worden gemaakt van subjectieve beschrijvingen in plaats van uitkomsten van objectieve meetinstrumenten om het functioneren te kunnen vervolgen gedurende het GRZ-traject.

Conclusie en aanbevelingen voor vervolgonderzoek

De patiëntengroep die door de klinisch geriater op de SEH geselecteerd werd voor GRZ heeft een vergelijkbaar succespercentage met het landelijke gemiddelde. Het is belangrijk om gedurende de triage op de SEH en gedurende het revalidatietraject alert te zijn op patiënten die zich presenteren met een val, die reeds professionele zorg in de thuissituatie hebben en bij wie geen partner in beeld is. Deze factoren kwamen vaker voor in de niet-succesvolle patiëntengroep. In het algemeen kan gezegd worden dat de patiëntengroep die door de klinisch geriater op de SEH wordt geselecteerd kwetsbaar is en derhalve aandacht behoeft. Dit blijkt uit het gegeven dat het algehele functioneren niet terugkeert naar het premorbide uitgangsniveau en gezien de hoge één jaar mortaliteit.

Er is vervolgonderzoek nodig op drie gebieden. Ten eerste naar optimalisatie van het triageproces met als doel een passende ontslagbestemming vanaf de SEH. Ten tweede is vervolgonderzoek nodig naar patiëntfactoren die een mogelijke invloed hebben op het GRZ-traject en de GRZ-uitkomst. Kennis van deze patiëntfactoren kan men in de toekomst in acht nemen bij de triage en gedurende het revalidatietraject. Tot slot is vervolgonderzoek nodig naar het revalidatietraject van deze specifieke patiëntengroep met evaluatie van geobjectiveerde functionele veranderingen. Onderzoek naar de benodigde inzet van paramedici en de therapie-intensiteit in relatie tot de opnameduur is hierin ook belangrijk om een inschatting te maken of de patiënten daadwerkelijk GRZ nodig hadden of wellicht met minder af zouden kunnen.

Auteurs

Stephanie van Zuilekom

Radboud UMC, afdeling VOSON, Nijmegen, Netherlands
VOSON, Nijmegen

Renate M. Schut

Zorggroep Apeldoorn en omstreken, Apeldoorn, Netherlands
Zorggroep Apeldoorn en omstreken, Apeldoorn

Barbara C. van Munster

Universitair Medisch Centrum Groningen, Afdeling Interne Geneeskunde, Groningen, Netherlands
internist-ouderengeneeskunde en klinisch geriater, Gelre ziekenhuizen, afd. Geriatrie, Apeldoorn, en Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling interne geneeskunde, Groningen.

Petra E. Spies

Gelre Ziekenhuizen, Apeldoorn, Netherlands
Afdeling geriatrie en Expertisecentrum Ouderengeneeskunde

Gelre Ziekenhuizen, Apeldoorn en Zutphen

e-mail: p.spies@gelre.nl.

Postadres: Albert Schweitzerlaan 31, 7334 DZ Apeldoorn

Literatuurlijst

1. Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso). Triage Instrument Geriatrische Revalidatiezorg. 2013. Zie [link](#)
2. Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso). Eindverslag Werkgroep Geriatrische Revalidatie. 2011. Zie [link](#)
3. Goos-Peek N, de Lange GD, Diraoui SB, van Maarschalkerweerd WWA, de Jonghe A. The added value of clinical geriatric assessment prior to geriatric rehabilitation. The Netherlands journal of medicine. 2017;75(10):443-7.
4. Actiz organisatie voor zorgondernemers. Geriatrische revalidatiezorg. [Internet] 2015 [cited 25-04-2018]; Available from: <https://www.actiz.nl/feiten-en-cijfersoverzicht> (dode link). Zie thans [link](#)

5. Everink IH, van Haastregt JC, van Hoof SJ, Schols JM, Kempen GI. Factors influencing home discharge after inpatient rehabilitation of older patients: a systematic review. *BMC Geriatrics*. 2016;16:5.
6. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *Journal of chronic diseases*. 1987;40(5):373-83.
7. Bouwstra H, Wattel LM, de Groot AJ, Smalbrugge M, Hertogh CM. The Influence of Activity-Based Funding on Treatment Intensity and Length of Stay of Geriatric Rehabilitation Patients. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2017;18(6):549 e15- e22.
8. Dutzi I, Schwenk M, Kirchner M, Bauer JM, Hauer K. Cognitive Change in Rehabilitation Patients with Dementia: Prevalence and Association with Rehabilitation Success. *Journal of Alzheimer's disease : JAD*. 2017;60(3):1171-82.