

Haalbaarheid van een poliklinisch geriatrisch Revalidatieprogramma – lessen uit een pilotproject

Auteurs: Rachel G. Mak, Aafke J. de Groot, Ellen M. Vreeburg, Martin Smalbrugge, Marja F. I. A. Depla

Samenvatting

Doel

Beschrijven van de haalbaarheid van een poliklinisch geriatrisch behandelprogramma, als pilotproject ontwikkeld in Vivium Naarderheem.

Methoden

De uitkomsten werden onderzocht in een pretest-posttest design met één groep. Haalbaarheid werd onderzocht door mondelinge afname van een patiënttevredenheidsvragenlijst en door gestructureerde interviews met behandelaars en management. Het effect werd onderzocht door bij start (T0) en bij ontslag (T1) van het behandelprogramma schriftelijke vragenlijsten af te nemen: bij de patiënten over het participatieniveau en de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven en bij hun mantelzorgers over de ervaren belasting.

Resultaten

Er werden 18 patiënten geïncludeerd. Vijftien daarvan revalideerden na een CVA. Behandelaars en managers vonden het programma uitvoerbaar, op voorwaarde dat het vervoer van de patiënten, de roosterplanning en de financiering goed geregeld zijn. Het behandelprogramma werd door de patiënten met een gemiddeld rapportcijfer van 8,1 gewaardeerd. Er zijn geen statistisch significante verschillen gevonden in het participatieniveau van de patiënten en in de zorgbelasting van de mantelzorgers bij de start en het einde van de poliklinische behandeling. De algemene gezondheidsbeleving, gemeten met de RAND-36, was na poliklinische revalidatie achteruit gegaan.

Conclusie

Uit deze pilotstudie blijkt dat vijftien van de achttien patiënten die gebruik maken van de polikliniek, revalideert vanwege CVA. Poliklinische geriatrische revalidatie is een door de bevroegde patiënten gewaardeerde aanvulling op de klinische revalidatieperiode, en de uitvoering ervan lijkt haalbaar. Een verbetering van de gezondheidstoestand of van het participatieniveau kon niet worden aangetoond.

Feasibility of a geriatric multidisciplinary outpatient rehabilitation program—lessons learned

Abstract

Objective

To describe the feasibility of a geriatric multidisciplinary outpatient rehabilitation program, developed in Vivium Naarderheem.

Design

A prospective pilot study using a pretest-posttest design with measurements of the level of (social) participation, health related quality of life, and caregiver strain at the start (T0) and the end (T1) of the program. Feasibility was studied by structured interviews with participants, professionals and management.

Results

We included 18 patients, fifteen of which were admitted after stroke. The program was highly appreciated by patients. Management and professionals thought that factors of influence on the program were transportation of patients, adequate

planning and deployment of staff, and adequate financing. The program was regarded feasible. Although some patients reported a higher level of participation, the only statistically significant finding was a deterioration in self-perceived health.

Conclusion

In this study most of the patients participated after stroke. The geriatric multidisciplinary outpatient rehabilitation program, following inpatient geriatric rehabilitation, was highly appreciated by patients, and considered feasible by management and professionals.

Kernwoorden: CVA, geriatrische revalidatie, kwaliteit van leven, mantelzorgbelasting, participatie

Keywords: Elderly, Geriatric rehabilitation, Multidisciplinary treatment, Participation, Post-stroke

Inleiding

Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) wordt aangeboden op revalidatie-afdelingen van verpleeghuizen. De doelgroep van geriatrische revalidatie bestaat uit laagbelastbare ouderen die wegens een CVA, fracturen of andere (acute) aandoeningen opgenomen zijn geweest in het ziekenhuis en revalidatiezorg nodig hebben na hun ontslag. Geriatrische revalidatie is gericht op herstel of verbetering van functioneren en participatie door middel van een geïntegreerd multidisciplinair behandelprogramma onder regie van een specialist ouderengeneeskunde. In 2011 en 2012 is in Nederland een innovatief, flexibel aanbod van geriatrische revalidatiezorg ontwikkeld, in samenwerking met diverse aanbieders in de keten en de zorgverzekeraars [¹]. Bij CVA-patiënten die geriatrische revalidatie zorg ontvangen, is een trend waarneembaar dat een korter, intensiever revalidatietraject tot een betere ADL-zelfstandigheid en mobiliteit leidt [¹]. Uit andere studies bij geriatrische patiënten met CVA blijkt eveneens dat klinische revalidatie leidt tot verbetering in functioneren, zelfs bij patiënten die bij ontslag uit het ziekenhuis een slechte prognose lijken te hebben [²].

Tijdens de klinische fase van de revalidatie wordt vooral gewerkt aan functionele doelen in de domeinen zelfzorg en mobiliteit. Wanneer het functionele herstel en de gerealiseerde zorg thuis ontslag uit het revalidatie verpleeghuis mogelijk maken, kan de revalidatie poliklinisch voortgezet worden. Na de periode van opname en intensieve revalidatie in het verpleeghuis volgt een voor kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers lastige overgang naar de thuissituatie, waarbij beperkingen opnieuw of voor het eerst in volle omvang ervaren worden. Wanneer patiënten weer thuis zijn, ervaren zij en hun mantelzorgers beperkingen op participatiedomeinen als buitenmobiliteit, huishouden en administratie. Vermoeidheid en depressieve klachten komen bij veel CVA patiënten voor [³] en kunnen bij terugkomst in de thuissituatie, wanneer het dagelijks leven weer wordt opgepakt, op de voorgrond komen te staan en de sociale participatie belemmeren. In de poliklinische en chronische fase van de revalidatie is herstel of verbetering van deze maatschappelijke participatie het doel [^{4, 5}].

Andere vormen van behandeling vanuit de thuissituatie zijn o.a. mono- of multidisciplinaire paramedische therapie op verwijzing van de huisarts. Bij (somatische) dagbehandeling staat ondersteuning in de dagstructuur en begeleiding in activiteiten voorop. In het buitenland bestaan diverse andere vormen van geriatrische behandeling in de thuissituatie, waarvan wisselend effect beschreven is [^{6, 7, 8, 9, 10}].

Een poliklinisch geriatrisch behandelprogramma, aangeboden aansluitend aan klinische revalidatie, komt tegemoet aan nieuwe vragen op het gebied van participatie en berust op de verwachting dat patiënten vanuit de thuissituatie het meest effectief revalideren. Een ander relevant aspect vanuit patiëntperspectief is de mogelijkheid om de revalidatie na een klinische periode voort te zetten met hetzelfde team behandelaars met expertise in de geriatrische problematiek. Daardoor vindt deskundige behandeling plaats en treedt geen verlies van informatie op, waarbij bovendien de vertrouwensrelatie tussen patiënt en behandelaar intact blijft [¹¹]. Daarnaast kan een poliklinisch revalidatieprogramma de klinische opnameduur wellicht beperken [¹²]. Het meten van uitkomsten op participatieniveau sluit het beste aan bij de behandeldoelen van deze fase en is daarom het meest geëigend voor het evalueren van de poliklinische behandeling [⁴].

Poliklinische geriatrische revalidatie is in Nederland naar wij menen nog niet beschreven, en wordt slechts op enkele plaatsen in het land geboden. Of poliklinische multidisciplinaire revalidatie bij kwetsbare laag belastbare cliënten met een complexe revalidatievraag een effectieve interventie is, is tot op heden onduidelijk [13 , 14]. Het organiseren van poliklinische geriatrische revalidatie is bovendien een innovatie in het zorgaanbod van het verpleeghuis.

Het doel van deze studie was te onderzoeken of een dergelijk behandelprogramma organisatorisch haalbaar en voor patiënten en medewerkers uitvoerbaar is, en om een indruk te krijgen van de bruikbaarheid van toegepaste meetinstrumenten en het mogelijke effect van poliklinische geriatrische revalidatie op het participatieniveau van de patiënt, op de ervaren gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven van de patiënt, en op de ervaren mantelzorgbelasting.

Methoden

Design

De studie is opgezet als een mixed-method evaluatie. De haalbaarheid van het programma werd onderzocht door een na afloop van het behandelprogramma telefonisch afgenomen patiënttevredenheidsvragenlijst, en door semi-gestructureerde interviews met het management en behandelaars van het programma. De effectiviteit van het poliklinisch geriatrische revalidatieprogramma werd onderzocht bij de revalidanten en hun mantelzorgers in een pre-posttest design met één groep. De vragenlijsten over het activiteiten- en participatieniveau en de ervaren kwaliteit van leven werden bij de start en de afsluiting van de poliklinische revalidatie aan de patiënt uitgereikt. Indien gewenst konden de lijsten onder begeleiding van de casemanager worden ingevuld. De vragenlijst over de ervaren mantelzorgbelasting werd bij de start en aan het eind van het poliklinisch behandelprogramma aan de mantelzorger uitgereikt en na invullen verzameld door de casemanager.

Patiënten

Inclusiecriteria: Criterium voor verwijzing naar de polikliniek en daarmee inclusie in de pilotstudie, was dat de klinische opname voor geriatrische revalidatie afgesloten kon worden omdat de benodigde zorg in de thuissituatie te realiseren was en er geen intensieve revalidatie (van 6 dagen per week) meer geïndiceerd was. Ten tweede moesten er nog multidisciplinaire behandeldoelen bestaan die een geïntegreerde aanpak vergden. Ook moest de patiënt belastbaar genoeg zijn om deel te nemen aan een poliklinisch behandelprogramma. Patiënten werden niet geïndiceerd voor poliklinische nabehandeling wanneer zij cognitieve beperkingen hadden die de leerbaarheid ernstig beperkten. Alle patiënten die verwezen werden naar de polikliniek, kwamen in aanmerking voor inclusie.

Interventie

Op de polikliniek werd een kortdurend en intensief behandelprogramma aangeboden, afgestemd op de individuele behandeldoelen. Het poliklinisch GRZ-programma bestond uit een multidisciplinair behandelprogramma van 6 weken, met een mogelijke verlenging tot maximaal 12 weken. Multidisciplinair werd geformuleerd als betrokkenheid van ten minste twee (paramedische) disciplines, naast regievoering door de specialist ouderengeneeskunde. Er was een behandelprogramma voor CVA-patiënten en één voor patiënten met 'Overige Aandoeningen'. Beide programma's bestonden uit ten minste twee behandelingen per dag op drie dagen per week, of ten minste drie behandelingen per dag op twee dagen per week. De behandeldoelen werden aan het einde van de klinische revalidatie door de specialist ouderengeneeskunde met de revalidant en diens mantelzorg opgesteld en vastgelegd in een multidisciplinair behandelplan. Uit dit behandelplan volgde een geïndividualiseerd behandelprogramma dat wekelijks via een geautomatiseerd planningssysteem werd opgesteld. In de tweede week, de zesde week en in geval van verlenging van het programma in de tiende week vond een multidisciplinair overleg plaats. Het geactualiseerde behandelplan werd na ieder multidisciplinair overleg doorgesproken met de patiënt en diens naast(e) betrokkene(n) door de specialist ouderengeneeskunde, de casemanager en zo nodig door andere leden van het behandelteam. In deze bespreking werd de voortgang van de revalidatie besproken en het behandelplan verder afgestemd en eventueel aangepast. Aan de mantelzorg werd een zogenaamde meeloopdag aangeboden. Bij het programma waren ten minste de specialist ouderengeneeskunde, de casemanager en de fysiotherapeut betrokken. Daarnaast konden, op basis van het individuele behandelplan, de ergotherapeut, de maatschappelijk werker, de GZ-psychooloog, de logopedist en/of de diëtist als behandelaar worden ingezet. De casemanager polikliniek was de coördinator van individuele behandelprogramma's en het aanspreekpunt voor de patiënt en diens mantelzorg. De specialist ouderengeneeskunde voerde regie over het behandelplan en was daarvoor inhoudelijk verantwoordelijk.

Meetinstrumenten

Bij de start van de poliklinische revalidatie werd informatie verzameld over de volgende patiëntkenmerken: leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, woonsituatie, mantelzorg, diagnose die aanleiding is tot de geriatrische revalidatie, comorbiditeit, opnameduur op de geriatrische revalidatie-afdeling van het verpleeghuis, en lichamelijk en cognitief functioneren. Voor het kwantificeren van de comorbiditeit werd de Functional Comorbidity Index gebruikt (FCI). Deze kwantificeert de comorbiditeit op een schaal van 0–18 punten. Voor maat van lichamelijk functioneren werd de Barthel Index (BI) gebruikt. Deze kwantificeert ADL-zelfstandigheid op een schaal van 0–20 punten, waarbij een score van 20 betekent dat de patiënt maximaal zelfstandig is. Het cognitief functioneren werd gemeten met de Montreal Cognitive Assessment (MOCA). Deze schaal kwantificeert cognitief functioneren op een schaal van 0–30 punten, waarbij een score < 26 wijst op een cognitieve beperking. De patiëntkenmerken werden overgenomen uit het klinisch elektronisch revalidatiedossier van de patiënt. Dat geldt ook voor de scores op de FCI, de BI en de MOCA; er zijn hiervoor geen aparte metingen in het kader van deze studie gedaan.

Haalbaarheid vanuit patiëntperspectief werd bepaald door de patiënttevredenheid. Deze is gemeten met een vragenlijst die gebaseerd is op de CQ-index (CQI) voor (klinische) revalidatie [15]. De CQI Revalidatiecentra Volwassenen is bedoeld voor patiënten ouder dan 16 jaar die minimaal acht weken poliklinisch of klinisch in behandeling zijn (geweest) en bij wie de behandeling niet langer dan zes maanden geleden afgesloten is. Er is gebruik gemaakt van de volgende subschalen: informatie, afspraken maken en veranderen, behandelplan en behandeling, deskundigheid behandelend arts, deskundigheid overige behandelaars, continuïteit en afstemming. De patiënttevredenheidsvragenlijst werd tijdens een telefonisch interview met de patiënt afgenomen door de projectleider polikliniek binnen twee maanden na ontslag.

Om de haalbaarheid vanuit perspectief van management en behandelaars te bepalen werd een gestructureerd interview afgenomen door de onderzoeker bij twee specialisten ouderengeneeskunde, een fysiotherapeut, een ergotherapeut, een casemanager en bij de zorgmanager revalidatie en de manager behandel dienst ($n = 7$). De vragen betroffen de succes- en faalfactoren van het geriatrisch poliklinisch revalidatieprogramma en het interview duurde ongeveer 30 minuten. De antwoorden zijn schriftelijk vastgelegd. Daarnaast zijn de behandelduur in de polikliniek en uitval uit het programma geregistreerd als indicator.

Effecten van het poliklinisch behandelprogramma

Het participatieniveau is gemeten met de Utrechtse Schaal voor Evaluatie van de Revalidatie-Participatie (USER-P). Dit is een voor de revalidatiegeneeskunde gevalideerd meetinstrument om subjectieve en objectieve participatie te meten bij patiënten

met beperkingen [16 , 17 , 18 , 19]. In vergelijking met andere participatie-instrumenten blijkt de USER-P de beste responsiviteit te hebben [20]. De USER-P kent geen totaalscore, maar deelscores op de gebieden: *'frequentie'*; een maat voor hoe vaak bepaalde activiteiten (bv. het doen van huishoudelijke taken, uitgaan, bellen met naasten) per week of 4 weken worden ondernomen (12 items); *'beperkingen'*; een maat voor de ervaren beperkingen in activiteiten van het dagelijks leven (11 items); en *'tevredenheid'*; een maat voor de tevredenheid over deze activiteiten uit het dagelijks leven (10 items). Elke subschaal kent een maximale score van 100 punten en een minimale van 0 punten, waarbij hoe hoger de score, hoe beter het participatieniveau.

De kwaliteit van leven van de patiënt is gemeten met de RAND-36 item Health Survey (RAND-36). De RAND-36 is momenteel de meest gebruikte vragenlijst voor het meten van ervaren gezondheid of gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. De RAND-36 kent deelscores voor de gebieden; *'functionele status'*, bestaande uit de subschalen 'fysiek functioneren' (10 items), 'sociaal functioneren' (2 items), 'rolbeperkingen fysiek' (4 items), en 'rolbeperkingen emotioneel' (3 items); *'welzijn'*, bestaande uit de subschalen 'mentale gezondheid' (5 items), 'vitaliteit' (4 items) en 'pijn' (2 items); en *'algemene gezondheidsbeleving'* (5 items). Alle subschalen kennen een maximale score van 100 punten en een minimale van 0 punten, waarbij hoe hoger de score, hoe beter de kwaliteit (minder beperkingen of pijn) [21 , 22 , 23]. De zorgbelasting van de mantelzorgers is gemeten met de Caregiver Strain Index (CSI). De lijst kent 13 items met een maximale score van 13 punten, waarbij hoe hoger de score, hoe hoger de belasting. Deze zelfinvullijst brengt de ervaren belasting in relatie tot de zorgverlening in kaart [24 , 25].

Analyse

De gegevens van de vragenlijsten werden verwerkt middels IBM SPSS 20.0. De demografische- en ziektekenmerken zijn geanalyseerd met beschrijvende statistiek (gemiddelden en frequenties). De verschillen op de USER-P, RAND-36 en CSI vragenlijsten tussen de voor- en nameting zijn vanwege de kleine aantallen getoetst met een non-parametrische statistische toets, de Wilcoxon Signed Rank Test.

De gestructureerde interviews met professionals en management werden door de onderzoeker afgenomen en woordelijk uitgeschreven, en vervolgens geanalyseerd door overeenkomsten en verschillen met elkaar te vergelijken.

Resultaten

Patiënten

Tussen 15 oktober 2012 en 1 april 2013 werden 149 patiënten naar huis ontslagen en kregen 22 patiënten een indicatie voor poliklinische revalidatie. Aan deze patiënten werd informed consent gevraagd. Vier patiënten weigerden deelname omdat zij het invullen van de vragenlijsten te belastend vonden. Vier patiënten hadden geen centrale mantelzorgers. Aan de voormeting (bij opname in het programma) deden derhalve 18 revalidanten en 14 mantelzorgers mee. Aan de nameting (bij ontslag uit het programma) deden 15 revalidanten en 10 mantelzorgers mee. De uitval van revalidanten tijdens de pilotstudie kwam door overlijden (één) en ziekenhuisopname (twee) na start van het behandelprogramma. Eén mantelzorgers reageerde niet op nazenden van de vragenlijst na ontslag.

Vijftien patiënten revalideerden na een CVA; drie patiënten hadden een andere diagnose. De gemiddelde leeftijd was 76,7 jaar. De verdeling man-vrouw was 50 %. De gemiddelde klinische opnameduur was 4,5 week. De gemiddelde behandelduur op de polikliniek was 7,9 weken (SD 3,8 weken). Naast de hoofddiagnose waren de patiënten gemiddeld met drie andere aandoeningen bekend. Slechts één patiënt had een BI beneden 15 punten (wijzend op afhankelijkheid in ADL); tien patiënten hadden een score op de MOCA lager dan 26 punten (wijzend op een mogelijk cognitieve beperking) (zie tabel 1).

Tabel 1 Patiëntkenmerken van de onderzoekspopulatie bij T0 (start poli).

N = 18	N	gemiddelde (SD)
leeftijd		
jaren		76,7 (6,8)
sexe		
- vrouw	9	

- man	9	
burgerlijke staat		
- gehuwd/ samenwonend	9	
- alleenstaand	9	
woonsituatie		
- thuis	18	
- verzorgingshuis	0	
mantelzorg betrokkenheid: (n = 17)		
- geen	2	
- 0-4 uur/ dag	3	
- 4-8 uur/ dag	12	
- > 8 uur/ dag	0	
diagnosegroep		
- CVA	15	
- overig	3	
opnameduur revalidatiekliniek		
- weken		4,5 (2,2)
comorbiditeit		
- aantal aandoeningen volgens Functional Comorbidity Index (FCI)		2,8 (1,4)
lichamelijk functioneren		
barthel Index (BI)	2	17,1 (1,7)
- 20: volledig zelfstandig in basale ADL en mobiliteit	15	
- 15-19: redelijk tot goed zelfstandig	1	
- < 15: hulpbehoevend		
cognitief functioneren (n = 11)		
montreal Cognitive Assessment (MOCA)	10	21,1 (4,8)
- cognitieve beperking < 26		

Scores zijn bepaald tijdens ontslagfase in de kliniek

FCI Functional Comorbidity Index, BI Barthel Index MOCA Montreal Cognitive Assessment

Haalbaarheid

Het behandelprogramma, de uitvoering daarvan en de organisatie van de polikliniek werd door patiënten gewaardeerd met een algeheel rapportcijfer van gemiddeld 8,1 (range 7-10, SD 0,9), zie ook tabel 2. Alle deelnemers aan de follow-up meting zouden het programma aanbevelen.

Tabel 2 Haalbaarheid: Ervaren patiënttevredenheid.

	n	nooit (n, %)	soms (n, %)	meestal (n, %)	altijd (n, %)	weet niet/ n.v.t. (n, %)
indicatie voor de polikliniek						

- betrokken bij keuze vervoltraject	14	3 (21)		3 (21)	8 (57)	
- overdracht kliniek naar poli goed	14	0			13 (93)	1 (7)
afspraken maken en veranderen						
- tijdig geïnformeerd bij verandering	13	2 (15)		5 (39)	3 (23)	3 (23)
- rekening gehouden met wensen	13	1 (8)		5 (39)	7 (54)	
- afspraken maken als probleem ervaren	12	8 (67)	1 (8)		2 (17)	1 (8)
behandelplan en revalidatiebehandeling						
- afspraken werden nagekomen	12	0	0	0	12 (100)	
- er werd rekening gehouden met thuis	11	0	1 (9)	2 (18)	8 (73)	
- voortgang werd besproken	13	1 (8)	0	3 (23)	9 (69)	
- ik kon meebeslissen	11	1 (9)	1 (9)	1 (9)	8 (73)	
- naasten werden betrokken	14	2 (14)	0	1 (7)	10 (71)	1 (7)
omgang met behandelaars						
- nakomen van afspraken	12	0	0	2 (17)	10 (83)	
- genoeg tijd	14	0	1 (7)	1 (7)	12 (86)	
- serieus genomen	14	0	0	2 (14)	12 (86)	
- begrijpelijke uitleg	14	0	0	1 (7)	13 (93)	
continuïteit en afstemming						
- dezelfde behandelaar	14	0	2 (14)	6 (43)	6 (43)	
- overname andere behandelaar probleemloos	7	0	1 (14)	2 (29)	4 (57)	
- behandelaars werkten goed samen	7	1 (14)	0	3 (43)	3 (43)	
	<i>N</i>	<i>nee</i>	<i>nee, deels niet</i>	<i>ja, deels wel</i>	<i>ja</i>	<i>weet niet</i>
resultaat van de behandeling						

- zijn behandeldoelen gerealiseerd	14	2 (14)		6 (43)	6 (43)	
- voldeed behandeling aan de verwachtingen?	14	0	1 (7)	3 (21)	10 (71)	
algemeen oordeel						
- zou u de poli aanbevelen?	13	0		2 (15)	11 (85)	
	<i>N</i>	<i>nee</i>	<i>ja, schriftelijk</i>	<i>ja, mondeling</i>	<i>ja, beiden</i>	<i>weet niet</i>
 kreeg u informatie van de polikliniek						
- over de poli bij de start	14	2 (14)	0	5 (36)	3 (21)	4 (29)
- over behandelprogramma	14	1 (7)			10 (71)	3 (21)
- over nazorg na ontslag	14	4 (29)			6 (43)	4 (29)
- over wat thuis te doen bij problemen	14	4 (29)			9 (64)	1 (7)

De conclusies uit de interviews met professionals over haalbaarheid zijn samengevat in tabel 3. Op organisatieniveau blijken goede samenwerking tussen disciplines en veranderbereidheid een succesfactor voor de implementatie van een dergelijk behandelprogramma. Om een dergelijke pilot in samenhang te kunnen uitvoeren, is een interne projectleider benoemd. Onder diens leiding is er een werkgroep met daarin afvaardiging van de diverse betrokken disciplines gevormd, die regelmatig bij elkaar kwam om voortgang te monitoren en werkafspraken bij te stellen waar nodig. Afspraken rondom indicatiecriteria en verwijzing naar de polikliniek zijn in de loop van de pilot niet bijgesteld, maar wel met regelmaat onder de aandacht van verwijzende artsen gebracht. Ook het bestaan van een geautomatiseerd en centraal gestuurd planningssysteem, dat eraan bijdraagt dat patiënten hun therapie zonder teveel wachttijd tussen de behandelingen kunnen volgen, maakt de uitvoering van poliklinische behandeling mogelijk. Een dergelijk systeem is tijdens de uitvoering van de pilot geïmplementeerd. Bij de invulling van de personeelsbezetting dient aandacht te worden gegeven aan flexibele inzet en voldoende beschikbaarheid van behandelaars. De wens om de behandelaar uit de klinische fase ook de behandelaar op de polikliniek te laten zijn, is niet altijd haalbaar gebleken. Een goede overdracht tussen behandelaars heeft daarom extra aandacht gekregen in de behandelvakgroep overleggen. Op patiëntniveau is vervoer van de patiënt benoemd als een mogelijk beperkende factor. In de praktijk bleek dit oplosbaar door betrokkenheid van de mantelzorger of door gebruikmaking van andere vormen van ondersteund vervoer (gefinancierd vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) of particulier gefinancierd taxivervoer).

Tabel 3 Haalbaarheid: Ervaren haalbaarheid van het product 'poli GRZ' door professionals.

	succesfactor	beperkende factor
microniveau: patiënt	behandeltraject kunnen aanpassen aan individuele behoefte	vervoer/ reisafstand tot de polikliniek te groot
mesoniveau: organisatie	goede samenwerking binnen het multidisciplinair team	inclusiecriteria polikliniek en triage onbekend en onduidelijk

veranderbereidheid van casemanagers in rol: van verzorgende naar regisseur	therapeuten te weinig flexibel inzetbaar door bv parttime aanstelling waardoor geen 'vaste' therapeut	
cliëntgerichte planning: niet teveel wachttijd en niet te strak op elkaar geplande therapie.		
macroniveau: maatschappij	meer aandacht voor participatie in de maatschappij van ouderen en/ of mensen met een beperking	financiering: binnen DBC-systematiek (nog) geen bestaande financiering

Effectiviteit

De resultaten van de uitkomstmaten voor de effectiviteit zijn samengevat in tabel 4. Patiënten scoorden na de interventie met name hoger op de deelschaal voor frequentie van participatie (USER-P), al is dit verschil niet statistisch significant. Alleen een verslechtering in ervaren algemene gezondheidsbeleving is statistisch significant gebleken.

Tabel 4 Verschilmetingen T1-T0 (start en eind poli), Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test.

	N	T0 Mediaan (25-75 percentiel)	T1 Mediaan (25,75 percentiel)	P-waarde
participatieniveau				
USER-P (0-100)				
- USER-P Frequentie	14	16,4 (9,3-24,7)	21,1 (12,9-27,5)	0,15
- USER-P Beperkingen	15	47,2 (36,9-77,7)	48,2 (36,4-66,7)	0,59
- USER-P Tevredenheid	14	48,4 (37,5-59,8)	40,6 (33,6-53,2)	0,59
ervaren gezondheidsgerelateerde QoL, RAND-36 (0-100)				
- functionele status:				
- fysiek functioneren	15	35,0 (13,8-50,0)	20,0 (15,0-35,0)	0,86
sociaal functioneren	14	50,0 (37,5-75,0)	50,0 (37,5-87,5)	0,21
rolbeperkingen fysiek	14	0,0 (0,0-18,75)	0,0 (0,0-0,0)	1,00
rolbeperkingen emotioneel	13	33,3 (0,0-100,0)	0,0 (0,0-100,0)	0,59
- welzijn:				
mentale gezondheid	14	72,0 (56,0-84,0)	68,0 (48,0-76,0)	0,75
vitaliteit	14	55,0 (42,5-72,5)	45,0 (30,0-65,0)	0,42
pijn	13	84,7 (43,4-100,0)	79,6 (32,7-100,0)	0,23
algemene gezondheidsbeleving	13	50,0 (40,0-60,0)	40,0 (23,8-51,3)	0,03
mantelzorg:				
- ervaren belasting: CSI (0-13)	10	5,5 (1,8-10,3)	7,0 (4,0-10,0)	0,72

RAND-36 meet gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven

USER-P Utrechtse Schaal voor Evaluatie van de Revalidatie-Participatie, CSI Caregiver Strain Index

Beschouwing

Tussen oktober 2012 en april 2013 werden 149 patiënten vanuit de geriatrische revalidatiekliniek naar huis ontslagen, 22 patiënten werden verwezen naar de polikliniek. Van de geïncludeerde 18 patiënten revalideerden 15 mensen na een

doorgemaakt CVA. Uitvoering van een dergelijk poliklinisch geriatrisch revalidatieprogramma wordt door patiënten en behandelaars en management haalbaar geacht. Met de gebruikte meetinstrumenten werden in de setting van deze pilot slechts beperkte verschillen in effect gevonden: alleen een verslechtering in ervaren algemene gezondheidsbeleving bleek statistisch significant.

Patiënten

Vijftien procent van het totaal aantal patiënten dat naar huis werd ontslagen uit de kliniek, werd verwezen naar de polikliniek. Dit is minder dan werd verwacht. Er zijn tijdens deze studie geen gegevens beschikbaar geweest over de criteria voor de keuze van patiënt en behandelteam voor de verschillende vormen van vervolgbehandeling na ontslag. Er is mede daarom geen duidelijke verklaring voorhanden waarom er relatief weinig patiënten zijn verwezen. Uit recente internationale literatuur is bekend dat COPD-patiënten bijvoorbeeld vaak niet worden verwezen voor longrevalidatie, terwijl daar wel een indicatie voor bestaat [26]. Een mogelijke oorzaak is bijvoorbeeld de veronderstelde beperkte conditionele belastbaarheid van COPD-patiënten, voor wie een reis naar het behandelcentrum in combinatie met het volgen van meerdere therapieën per dag teveel zou vergen. Een andere factor die bepalend kan zijn bij de keuze voor nabehandeling is de (te grote) reisafstand van huis tot de polikliniek. Ook kan het zijn dat revalidanten geen multidisciplinaire behandeling meer behoeven, maar kunnen volstaan met monodisciplinaire therapie. Dit lijkt in onze praktijk vooral bij revalidatie na orthopedische ingrepen het geval. Uit de onderzochte patiëntkenmerken blijkt dat het merendeel van de geïncludeerde patiënten poliklinisch revalideert na CVA. Dit kan komen door het feit dat bij patiënten na CVA, meer dan bij andere diagnosegroepen, de noodzaak van multidisciplinaire revalidatie evident is [3] waardoor gemakkelijker aan de indicatiecriteria wordt voldaan.

Haalbaarheid

Uit deze beschrijvende studie blijkt dat de implementatie van een poliklinisch geriatrisch behandelprogramma haalbaar is. Haalbaarheid is in andere studies gedefinieerd als mate van tevredenheid en compliantie van de patiënt en het al dan niet optreden van ongewenste effecten [27 , 28]. In deze studie is haalbaarheid onderzocht door de patiënttevredenheid te bevragen, en de succes- en faalfactoren van het pilotprogramma uit te vragen bij behandelaars en management. De gevonden hoge waardering door patiënten is een belangrijke succesfactor voor uitvoerbaarheid van het programma. Vanuit het perspectief van professionals zijn succes- en belemmerende factoren voor de haalbaarheid aan te wijzen, die grotendeels oplosbaar lijken. Op cliëntniveau is het vervoer van en naar de polikliniek een mogelijke belemmering. In de praktijk wordt daar vaak een oplossing voor gevonden.

Effectiviteit

Er treedt geen significante verbetering op in het participatieniveau van de onderzochte patiënten, terwijl dat wel verwacht werd. Ook de mantelzorgbelasting verandert in onze studie niet. De enige significante bevinding is een achteruitgang in ervaren gezondheidsbeleving. Deze bevindingen kunnen op toeval berusten, gezien het kleine aantal geïncludeerde patiënten en de grote spreiding in gerapporteerde variabelen. Ook is het mogelijk dat het behandelconcept niet aantoonbaar effectief was: de ervaren problemen kunnen met deze aanpak wellicht niet behandeld worden. Een andere reden kan zijn dat behandeling gericht op participatiedoelen te vroeg gestart werd: er is misschien eerst gewenning aan een veranderde thuissituatie nodig. Een andere verklaring is dat de USER-P mogelijk niet geschikt is om verschil in participatieniveau bij de geriatrische revalidant te detecteren. Het meetinstrument is toegespitst op de gespecialiseerde revalidatiesetting waarin participatie in arbeids- en opleidingsomgeving een belangrijk doel is. De vragenlijst vraagt expliciet naar beperkingen in frequentie en tevredenheid over werk en opleiding. Deze vragen sluiten niet aan bij het participatieniveau van de geriatrische patiënt. Er bestaat geen instrument dat is ontwikkeld voor de geriatrische revalidatiepraktijk en de kans bestaat dus dat de USER-P niet nauwkeurig genoeg is om verandering in participatieniveau van de geriatrische patiënt te detecteren. Tot slot bestaat ook de mogelijkheid dat de interventie en/of het meetinterval te kort en/of te weinig intensief is geweest om verandering zichtbaar te maken.

Beperkingen van de studie

Een beperking van de studie is het beperkte aantal verwezen en geïncludeerde patiënten. Het behandelprogramma verkeerde ten tijde van het onderzoek in de startfase van de implementatie en daardoor was er nog onbekendheid met de mogelijkheid van poliklinische vervolgbehandeling bij verwijzend artsen. Er was sprake van loss to follow-up: niet alle patiënten

en mantelzorgers waren in staat of bereid alle vragenlijsten zelfstandig in te vullen. De gerapporteerde patiënttevredenheid is mogelijk beïnvloed geweest door het interview met de projectleider. De kans bestaat dat patiënten zich niet vrij gevoeld hebben om eventuele kritiek te uiten. Ook de follow-up duur is beperkt; er zijn alleen metingen gedaan bij begin en eind van de relatief kortdurende interventie. Eventuele effecten op langere termijn na ontslag van de polikliniek zijn daarmee niet onderzocht. Het onderzoek naar multifactoriële interventies zoals dit poliklinisch geriatrisch revalidatieprogramma is complex, en vergt uitgebreide voorbereiding en onderzoek naar de juiste opzet [²⁹]. Deze studie is niet in oorsprong opgezet om het effect van een dergelijk programma te meten: daarvoor zou een controlegroep nodig zijn. Deze pilotstudie is uitgevoerd als voorbereiding op een eventuele toekomstige effectstudie met de verwachting meer duidelijk te maken over de benodigde onderzoeksopzet.

Conclusie en aanbevelingen

Deze beschrijvende studie laat zien dat de deelnemers aan deze pilot van het poliklinisch gerontorevalidatieprogramma oudere patiënten met aanzienlijke comorbiditeit zijn. Hun revalidatiediagnose is vaak een CVA. Relevante verschillen op het functioneren op participatieniveau zijn na zes weken polikliniek niet aangetoond. Het poliklinisch gerontorevalidatieprogramma wordt door patiënten goed gewaardeerd. Vanuit het perspectief van professionals zijn succes- en beperkende factoren voor de haalbaarheid aan te wijzen, die grotendeels oplosbaar lijken.

Poliklinische geriatrische revalidatie is een tot nu toe nauwelijks beschreven behandelvorm waarin met patiënten na klinische opname gewerkt kan worden aan behoud en verbetering van hun activiteiten- en participatieniveau. In de huidige maatschappelijke tendens waarin het thuis functioneren steeds meer nadruk krijgt, is ontwikkeling van poliklinische geriatrische revalidatie een logische stap. Het bepalen van de verwijscriteria, de doelgroep, de vorm, inhoud en fasering in de tijd van multidisciplinaire poliklinische geriatrische revalidatie, en de (kosten)effectiviteit van een dergelijk programma, vraagt om vervolgonderzoek naar poliklinische geriatrische revalidatie.

Verder onderzoek naar de USER-P als evaluatie-instrument van de ambulante geriatrische revalidatie kan helpen om een valide meetinstrument voor de effectiviteit van revalidatie op participatieniveau voor de GRZ te ontwikkelen.

Auteurs

Rachel G. Mak

thans Amaris Theodotion
Amaris Theodotion, Laren NH

e-mail: r.mak@vumc.nl

Aafke J. de Groot

EMGO, VUMC, Amsterdam en Vivium Naarderheem
Afdeling huisartsgeneeskunde & ouderengeneeskunde,

VUmc, Amsterdam

Vivium ABC, Naarden

Ellen M. Vreeburg

Vivium Naarderheem

Ellen Vreeburg is specialist oudergeneeskunde bij Vivium Naarderheem (Naarden) en stafdocent bij de kaderopleiding geriatrische revalidatie van Gerion/VUmc.

Martin Smalbrugge

Amsterdam UMC, location Vrije Universiteit Amsterdam, Department of Medicine for Older People, Amsterdam Public Health Research Institute, Aging & Later Life

Amsterdam UMC, location Vrije Universiteit Amsterdam, Department of Medicine for Older People
Amsterdam Public Health Research Institute, Aging & Later Life

Marja F. I. A. Depla

Afdeling huisartsgeneeskunde & ouderengeneeskunde en EMGO Institute for Health and Care Research, VU medisch centrum
Afdeling huisartsgeneeskunde & ouderengeneeskunde,

UNO-VUmc, Amsterdam

Literatuurlijst

1. Zekveld G, Caljouw MAA, Balen R van, et al. SINGER 1, Samenwerking en innovatie in de geriatrische revalidatie, Eindrapport proces- en effectevaluatie op cliëntniveau Proeftuinen Geriatrische Revalidatie. 2013.
2. Buijck BI, Zuidema SU, Spruijt-van Eijk M. Is patient-grouping on basis of condition on admission indicative for discharge destination in geriatric stroke patients after rehabilitation in skilled nursing facilities? The results of a cluster analysis. *BMC Health Serv Res.* 2012;12443-10.1186/1472-6963-12-443
3. CBO Richtlijn Beroerte. Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2008.
4. Heinemann AW. Putting outcome measurement in context: a rehabilitation psychology perspective. *Rehabil Psychol.* 2005;506-14. 10.1037/0090-5550.50.1.6
5. van der Zee CH, Visser-Meily JM, Lindeman E. Participation in the chronic phase of stroke. *Top Stroke Rehabil.* 2013;20(1):52-61. 10.1310/tsr2001-52
6. Zidén L, Kreuter M, Frändin K. Long-term effects of home rehabilitation after hip fracture—1-year follow-up of functioning, balance confidence, and health-related quality of life in elderly people. *Disabil Rehabil.* 2010;32(1):18-32. 10.3109/09638280902980910
7. Tinetti ME, Baker DI, Gottschalk M. Home-based multicomponent rehabilitation program for older persons after hip fracture: a randomized trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 1999;80(8):916-22. 10.1016/S0003-9993(99)90083-7
8. Chaiyawat P, Kulkantrakorn K. Randomized controlled trial of home rehabilitation for patients with ischemic stroke: impact upon disability and elderly depression. *Psychogeriatrics.* 2012;12(3):193-9. 10.1111/j.1479-8301.2012.00412.x
9. Parker SG, Oliver P, Pennington M. Rehabilitation of older patients: day hospital compared with rehabilitation at home. Clinical outcomes. *Age Ageing.* 2011;40(5):557-62. 10.1093/ageing/afn046
10. Crotty M, Giles LC, Halbert J. Home versus day rehabilitation: a randomised controlled trial. *Age Ageing.* 2008;37(6):628-33. 10.1093/ageing/afn141
11. NPCF. Zorgpaden herstelgerichte zorg: Wat patiënten belangrijk vinden. 2010.
<https://studylibnl.com/doc/1383629/zorgpaden-herstelgerichte-zorg-npcf-2010->
12. Zekveld G, de Groot A, Achterberg W, et al. Leidraad Geriatrische Revalidatie Zorg, versie 1.1, 2013.
13. Ward D, Severs M, Dean T. Care home versus hospital and own home environments for rehabilitation of older people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;2CD003164-
14. Fens M, Vluggen T, van Haastregt JC. Multidisciplinary care for stroke patients living in the community: a systematic review. *J Rehabil Med.* 2013;45321-30. 10.2340/16501977-1128
15. Zuidgeest M, Reitsma-van Rooijen PM, Sixma HJ. In: CQ-index revalidatiecentra: meetinstrumentontwikkeling en bepaling van het discriminerend vermogen. Utrecht: Nivel; 2010.
16. van der Zee CH, Post MWM, Kap A. Het meten van participatie als uitkomst van poliklinische revalidatie-behandeling: Meten = Weten 2; een prospectieve multi-centre studie. *Revalidata.* 2008;14610-4.
17. van de Port IGL, Berdenis van Berlekom Berdenis SH, Baines R, et al. Meten = Weten: evaluatie van vier meetinstrumenten voor uitkomsten van revalidatie. *Revalidata.* 2007;1392-6.
18. van der Zee CH, Priesterbach AR, Van der Dussen L. Reproducibility of three self-report participation measures: the ICF measure of participation and activities screener, the participation scale, and the Utrecht Scale for Evaluation of Rehabilitation-Participation (USER-P). *J Rehabil Med.* 2010;42752-7.
19. Post MWM, van der Zee CH, Hennink J. Validity of the Utrecht Scale for Evaluation of Rehabilitation-Participation. *Disabil*

- Rehabil. 2012;34(6):478-85. 10.3109/09638288.2011.608148
20. van der Zee CH, Kap A, Rambaran Mishre R. Responsiveness of four participation measures to changes during and after outpatient rehabilitation. *J Rehabil Med.* 2011;43:1003-9. 10.2340/16501977-0879
 21. van der Zee KI, Sanderman R. In: *Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36, een handleiding.* Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken; 1992.
 22. Aaronson NK, Muller M, Cohen PD. Translation, validation and norming of the Dutch language version of the SF-36 Health Survey in community and chronic disease populations. *J Clin Epidemiol.* 1998;51:1055-68. 10.1016/S0895-4356(98)00097-3
 23. Fitzsimmons D, Gilbert J, Howse F. A systematic review of the use and validation of health-related quality of life instruments in older cancer patients. *Eur J Cancer.* 2009;45(1):19-32. 10.1016/j.ejca.2008.07.036
 24. Van Exel NJA, Scholte op Reimer WJM, Brouwer WBF. Instruments for assessing the burden of informal caregiving for stroke patients in clinical practice: a comparison of CSI, CRA, SCQ and self-rated burden. *Clin Rehabil.* 2004;18:203-14. 10.1191/0269215504cr723oa
 25. Robinson BC. Validation of a Caregiver Strain Index. *J Gerontol.* 1983;38(3):344-8. 10.1093/geronj/38.3.344
 26. Jones SE, Green SA, Clark AL. Pulmonary rehabilitation following hospitalisation for acute exacerbation of COPD: referrals, uptake and adherence. *Thorax.* 2014;69(2):181-2. 10.1136/thoraxjnl-2013-204227
 27. Hoogeboom TJ, Dronkers JJ, van Meeteren NL. Preoperative therapeutic exercise in frail elderly scheduled for total hip replacement: a randomized pilot trial. *Clin Rehabil.* 2010;24(10):901-10. 10.1177/0269215510371427
 28. Dronkers JJ, Lamberts H, van Meeteren NL. Preoperative therapeutic programme for elderly patients scheduled for elective abdominal oncological surgery: a randomized controlled pilot study. *Clin Rehabil.* 2010;24(7):614-22. 10.1177/0269215509358941
 29. Quinn CC, Port CL, Zimmerman S. Short-stay nursing home rehabilitation-patients: Transitional care problems pose research challenges. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56(10):1940-5. 10.1111/j.1532-5415.2008.01852.x