

WETENSCHAPPELIJK ARTIKEL

Geriatrische revalidatie op Curaçao

Evelien van Riet¹

Samenvatting

Geriatrische revalidatiezorg (GRZ), waarbij de Specialist Ouderengeneeskunde multidisciplinaire behandeling van kwetsbare patiënten met functionele achteruitgang coördineert, maakte tot voor kort geen deel uit van het Curaçaose zorglandschap. In april 2022 werd gestart met GRZ in verpleeghuis Betèsda, ondanks het ontbreken van passende financiering. Deze retrospectieve cohortstudie beoogt inzicht te geven in de patiëntkarakteristieken en de uitkomsten van deze nieuwe zorgvorm op Curaçao. Het cohort omvat alle patiënten die tussen april 2022 en december 2023 voor een eerste episode van revalidatie waren opgenomen. Het betreft 105 patiënten met een mediane leeftijd van 73 jaar, 49.5% was vrouw en 30.5% had een indicatie voor chronische verpleeghuiszorg. Bij opname functioneerde de meerderheid van de studiepopulatie op een zeer laag niveau; 80% was niet in staat zelfstandig te transfereren en 48.6% had geen loopfunctie. De mediane opnameduur bedroeg 43.0 dagen. Er werden significante verbeteringen waargenomen in Activiteiten van het Dagelijks Leven, rompbalans, transfers en loopfunctie. Van de revalidanten zonder verpleeghuiszorgindicatie bij opname, ging 78.7% met ontslag naar huis. Van de revalidanten met een verpleeghuiszorgindicatie werd 31.3% naar huis ontslagen en werd 28.1% blijvend opgenomen in het verpleeghuis. Deze positieve uitkomsten kunnen bijdragen aan de erkenning van GRZ door beleidsmakers op Curaçao, met daarbij passende bekostiging.

Trefwoorden: geriatrische revalidatiezorg, verpleeghuis, Curaçao

1 Verpleeghuis Betèsda, Willemstad, Curaçao, correspondentieadres: evelienvanriet@hotmail.com

Geriatric rehabilitation on Curacao

Evelien van Riet¹

Abstract

Geriatric Rehabilitation (GR), in which the Elderly Care Specialist coordinates multidisciplinary treatment for frail patients with functional decline, was previously absent from the healthcare landscape on Curacao. In April 2022, GR was introduced at nursing home Betèsda, despite the lack of appropriate funding. This retrospective cohort study aims to gain insight into patient characteristics and outcomes of this new form of care on Curaçao. The cohort includes all patients admitted for a first episode of rehabilitation between April 2022 and December 2023. It comprises 105 patients with a median age of 73 years, of whom 49.5% were female and 30.5% had an indication for chronic nursing home care. At admission, the majority of the study population functioned at a very low level; 80% was unable to transfer independently, and 48.6% had no walking function. The median length of stay was 43.0 days. Significant improvements were observed in activities of daily living, trunk balance, transfers and walking function. Of the rehabilitants without a nursing home care indication at admission, 78.7% were discharged home. Of those with a nursing home care indication, 31.3% were discharged home and 28.1% remained permanently in the nursing home. These positive outcomes may contribute to recognition of GRZ by policymakers on Curaçao, along with appropriate funding.

Keywords: Geriatric rehabilitation, Nursing home, Curacao

1 Nursinghome Betèsda, Willemstad, Curaçao, corresponding address: evelienvanriet@hotmail.com

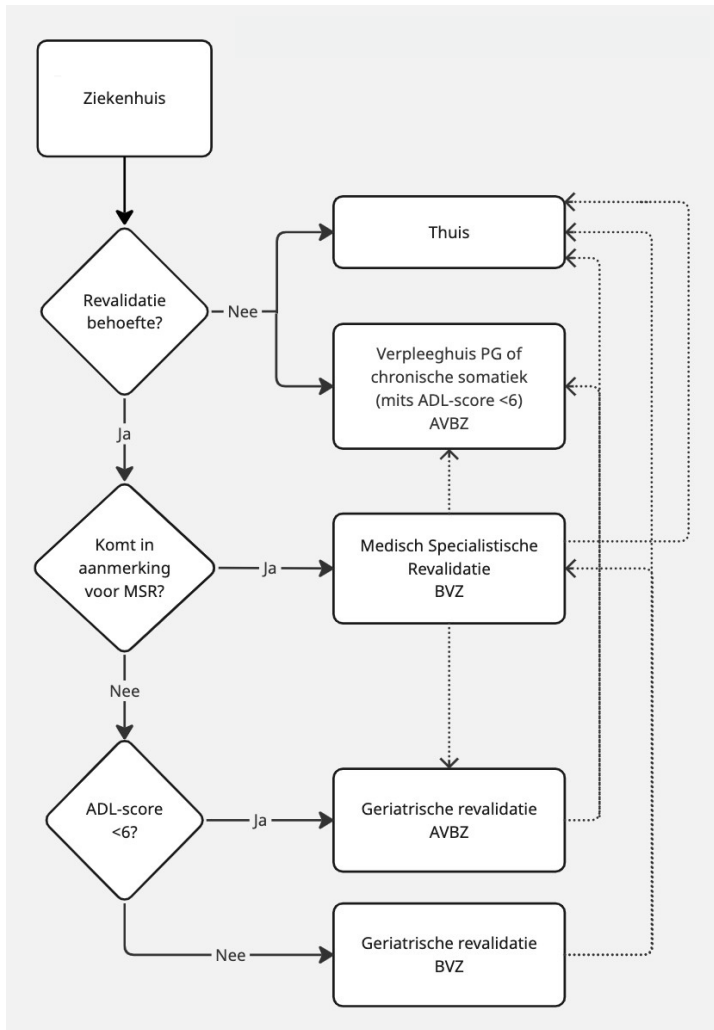
Achtergrond en doel

Curaçao is een eiland in het Caribisch gebied dat als autonoom land deel uitmaakt van het Koninkrijk der Nederlanden. Curaçao heeft een eigen regering en is zelf verantwoordelijk voor een groot deel van zijn binnenlandse aangelegenheden, waaronder de gezondheidszorg. Het land heeft dan ook de vrijheid om zelfstandig beslissingen te nemen op het gebied van beleidsontwikkeling en financiering van de zorg.¹ Met de ouder wordende populatie staat het land voor aanzienlijke uitdagingen op deze gebieden.

Op 1 januari 2022 telt Curaçao 29.930 inwoners van 65 jaar of ouder, wat 19.8% van de totale bevolking betreft.² Curaçao wordt geconfronteerd met een sterke vergrijzing, veroorzaakt door een toegenomen levensverwachting, een dalend geboortecijfer, de emigratie van een belangrijk deel van de arbeidspopulatie en de remigratie van gepensioneerden.³ Deze demografische ontwikkelingen oefenen grote druk uit op de beschikbaarheid en betaalbaarheid van voorzieningen in de zorg.

Om de zorg voor ouderen met complexe zorgproblematiek toegankelijk te houden, wordt verpleeghuiszorg op Curaçao aan mensen toegekend op basis van de 'activiteiten van het dagelijkse leven' (ADL)-score.⁴ Deze score beoordeelt de zelfredzaamheid van personen op zes items: gaan zitten, in/uit bed gaan, wassen/douchen/baden, aan-/uitkleden, toiletgang en eten/drinken. Voor elk item wordt bepaald of de persoon dit zelfstandig (2 punten), met hulp (1 punt) of niet (0 punten) kan uitvoeren. De score heeft dus een range van 0 tot 12. Personen met een ADL-score lager dan 6 ontvangen een indicatie voor verpleeghuiszorg, gefinancierd via de Algemene Verzekering Bijzondere Ziektekosten (AVBZ).

Geriatrische revalidatiezorg (GRZ), waarbij de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) multidisciplinaire behandeling van kwetsbare patiënten met functionele achteruitgang coördineert,⁵ maakte tot voor kort geen deel uit van het Curaçaose zorglandschap. Revalidatiezorg werd uitsluitend aangeboden door het centrum voor medisch specialistische revalidatie (MSR), met financiering via de Basis Verzekering Ziektekosten (BVZ). Echter, kwetsbare patiënten die door een opeenstapeling van fysieke, cognitieve, sociale en psychische achteruitgang niet in staat zijn regie over hun leven te voeren,⁶ komen veelal niet in aanmerking voor MSR. Dit heeft tot gevolg dat zij na ziekenhuisopname ofwel in een verpleeghuis terecht komen ofwel teruggaan naar huis, met weinig uitzicht op herstel door beperkte behandelmogelijkheden. Ondanks het ontbreken van concrete financieringsafspraken, heeft Verpleeghuis Betèsa een GRZ-afdeling opgezet om deze patiënten toch de kans te geven hun dagelijks functioneren te verbeteren.



Figuur 1 Ontslagmogelijkheden na introductie GRZ

Het primaire doel van deze studie is inzicht te verkrijgen in de veranderingen in de ADL-score en enkele functionele parameters bij patiënten die zijn opgenomen op de GRZ-afdeling. Secundaire doelen zijn het beschrijven van:

- de patiëntkarakteristieken van de revalidanten;
- kenmerken van het revalidatiebeloop, waaronder opnameduur, mortaliteit, nieuw gestelde dementiediagnosen en ontslagbestemming;
- eventuele verschillen tussen AVBZ- (ADL-score < 6 bij opname) en BVZ- (ADL-score ≥ 6 bij opname) revalidanten op bovengenoemde punten.

De resultaten van deze studie kunnen potentieel een belangrijke maatschappelijke impact hebben. Als blijkt dat GRZ geassocieerd is met verbetering van het functioneren van de revalidanten, is het mogelijk dat hierdoor blijvende verpleeghuisopnames worden uitgesteld of voorkomen.^{7,8} Dit zou in de context van de beschikbaarheid en betaalbaarheid van de zorg kunnen bijdragen aan de erkenning van GRZ als zorgvorm door beleidsmakers op Curaçao, met een passende bekostiging.

Methoden

Design en setting

Dit onderzoek betreft een retrospectief cohortonderzoek op de GRZ-afdeling van verpleeghuis Betèda in Willemstad, Curaçao. Het verpleeghuis beschikt over een multidisciplinair team op locatie bestaande uit SO, fysiotherapeut, diëtist, ergotherapeut, psycholoog, logopedist en maatschappelijk werk.

Studiepopulatie

Alle patiënten die tussen april 2022, toen met de GRZ-afdeling werd gestart, en eind december 2023 opgenomen waren voor een eerste episode van revalidatie, werden geïnccludeerd. Patiënten die voor een tweede episode van revalidatie werden opgenomen, werden geëxcludeerd om te voorkomen dat eerdere revalidatie-ervaringen de uitkomsten beïnvloedden. De geïnccludeerde patiënten revalideerden met financiering via de BVZ, de AVBZ of een andere financieringsvorm zoals particuliere of buitenlandse verzekeringen. Aanvankelijk konden maximaal acht BVZ-revalidanten (ADL-score ≥ 6 bij opname) worden opgenomen. Door nieuwe beleidsafspraken werd dit aantal tegen het einde van de studieperiode verhoogd naar 18. De opname van AVBZ-revalidanten (ADL-score < 6 bij opname) was enkel beperkt door de maximale opnamecapaciteit van het verpleeghuis.

Patiënten werden opgenomen vanuit het ziekenhuis, de thuissituatie of de MSR. Voor opname van een patiënt op de GRZ-afdeling was akkoord nodig van een SO. Triage vond plaats tijdens multidisciplinair overleg in het ziekenhuis waarbij de SO aanwezig was, of in telefonisch overleg tussen SO en behandelend specialist of huisarts. Om in aanmerking te komen voor revalidatie moest de patiënt afgewezen zijn voor MSR, maar wel voldoende belastbaar, leerbaar en gemotiveerd zijn. Ook werd beoordeeld of er haalbare doelen konden worden gesteld, die binnen 6 maanden gerealiseerd zouden kunnen worden. In tegenstelling tot BVZ-revalidanten was verwacht ontslag naar huis voor AVBZ-revalidanten geen vereiste vanwege hun verpleeghuiszorgindicatie.

Ethiek

De studie werd uitgevoerd in overeenstemming met de lokale wet- en regelgeving; de Landsverordening Bescherming Persoonsgegevens.⁹ Bij retrospectief observationeel onderzoek, zoals in deze studie uitgevoerd, is daarin geen informed consent voor gebruik van gepseudonimiseerde data noodzakelijk. Gegevens over patiëntkarakteristieken, revalidatiebeloop en -uitkomsten werden door twee arts-onderzoekers verzameld uit het elektronisch patiëntendossier. Om de privacy van patiënten te waarborgen, zijn namen, geboortedata en andere direct tot de persoon herleidbare informatie niet opgenomen in de onderzoeksdatabase. Elke patiënt kreeg een unieke code toegekend en de tabel waarin deze codes gelinkt stonden aan identificerende informatie, werd apart van de onderzoeksdatabase bewaard. Toegang tot de bestanden was beperkt tot de twee betrokken arts-onderzoekers.

Patiëntkarakteristieken

De volgende patiëntkarakteristieken zijn verzameld: leeftijd bij opname, geslacht, herkomst van opname (ziekenhuis, thuis, MSR), opnamediagnose (CVA, trauma, amputatie, electieve orthopedie, klinische verslechtering van reeds bekende chronische aandoening en overig) en comorbiditeiten.

Onder 'ischemische hartziekte' werden myocardinfarct, angina pectoris, percutane coronaire interventie en coronaire bypassoperatie gerekend. Obesitas werd gedefinieerd als een BMI > 30 en nierfalen als een eGFR < 45 ml/min/1.73 m².

Kenmerken revalidatiebeloop

Ten aanzien van kenmerken van het revalidatiebeloop werd informatie verzameld over opnameduur, mortaliteit tijdens opname (ja/nee), nieuw gestelde dementiediagnose (ja/nee), en ontslagbestemming.

De opnameduur werd berekend als het aantal dagen tussen opname en ontslag, waarbij ziekenhuisopnames tijdens het revalidatietraject niet meetelden voor de opnameduur.

Onderzoek naar de cognitie werd alleen op indicatie uitgevoerd. De diagnose dementie werd gesteld op basis van de criteria zoals vermeld in de DSM-IV.¹⁰

BVZ- en AVBZ-revalidanten konden na hun revalidatietraject naar huis, naar een particulier verzorgingshuis of naar de MSR worden ontslagen. Direct ontslag naar een regulier verzorgingshuis behoorde niet tot de mogelijkheden vanwege de lange wachttijden. AVBZ-revalidanten die na GRZ een ADL-score < 6 hielden, konden binnen het verpleeghuis doorstromen naar een van de chronische verblijfsafdelingen. Revalidanten met een andere financieringsvorm konden ook naar andere instellingen worden ontslagen zoals MSR of GRZ in het buitenland.

Veranderingen in ADL-score en functionele parameters

De ADL-score is reeds beschreven in de sectie 'Achtergrond en doel'. De ADL-score werd door een zorgmedewerker afgenomen bij opname, elk multidisciplinair overleg waarin de patiënt werd besproken en bij ontslag. Indien een patiënt tijdens het revalidatietraject overleed, werd de laatst bekende ADL-score gebruikt voor de variabele 'ADL-score bij ontslag'.

De functionele parameters omvatten rompbalans (aan/afwezig), transfers (met tillift, met hulp van een persoon of zelfstandig) en loopfunctie (niet, met hulp van een persoon of zelfstandig) en werden beoordeeld door een fysiotherapeut.

Data-analyse

Statistische analyses werden uitgevoerd met SPSS versie 26 (SPSS Inc, Chicago, USA). Beschrijvende statistieken werden gebruikt om de gegevens samen te vatten, waarbij nominale en ordinale variabelen werden gepresenteerd als aantallen en percentages. Hoewel de ADL-score een ordinale variabele is, werd deze voor analytische doeleinden als continu beschouwd. Van de (pseudo-)continue variabelen ADL-score, leeftijd en opnameduur werd getoetst of ze normaal verdeeld waren. Bij een niet-normale verdeling werden deze variabelen weergegeven als mediaan met de waarden van het eerste en derde kwartiel (Q1-Q3).

De analyses werden zowel voor de totale groep als afzonderlijk voor de groep BVZ- en AVBZ-revalidanten uitgevoerd. Doordat bij de analyses voor de totale groep ook revalidanten met een andere financieringsvorm zijn meegenomen, tellen in de gepresenteerde tabellen de aantallen in beide subgroepen niet op tot het totaal. Verschillen in patiëntkarakteristieken en uitkomsten tussen beide groepen werden getoetst op statistische significantie middels de Mann-Whitney-U toets voor continue variabelen, de chi-kwadraattoets voor ordinale variabelen en de Fisher's exact toets voor nominale variabelen.

Om te beoordelen of er een statistisch significant verschil was tussen de mediane ADL-score bij opname en ontslag in zowel de totale groep revalidanten als de BVZ- en AVBZ -groepen afzonderlijk, werd de Wilcoxon Signed-Rank toets uitgevoerd.

Voor de evaluatie van het verschil in rompbalans tussen opname en ontslag werd de McNemar toets voor gepaarde gegevens gebruikt. Om verschuivingen van patiënten tussen de drie categorieën van transfers en loopfunctie tussen opname en ontslag te testen, werd de McNemar-Bowker toets toegepast. Deze analyses werden alleen voor de totale groep revalidanten uitgevoerd, omdat de aantallen in sommige cellen van de kruistabellen in de afzonderlijke groepen te klein waren om de statistische significantie betrouwbaar te testen.

Resultaten

Patiëntkarakteristieken

In de onderzoeksperiode werden 105 patiënten opgenomen voor een eerste episode van revalidatie en geïncludeerd in deze studie. Van hen werden 61 patiënten (58.1%) gefinancierd via de BVZ en 32 patiënten (30.5%) via de AVBZ. De overige 12 patiënten (11.4%) hadden een andere financieringsvorm. Eén persoon werd in deze periode tweemaal opgenomen voor revalidatie; het tweede traject is geëxcludeerd uit de analyses.

De karakteristieken van de studiepopulatie zijn weergegeven in tabel 1. De mediane leeftijd was 73 jaar (Q1-Q3: 64-80 jaar) en 49.5% was vrouw. De meest voorkomende comorbiditeiten waren hypertensie (66.7%), diabetes mellitus type 1 en 2 (42.9%), cerebrovasculair accident (CVA, 33.3%) en nierfalen (28.6%). Negen patiënten hadden obesitas (8.6%). Twee patiënten waren reeds bekend met dementie (1.9%).

De meeste patiënten (91.4%) werden opgenomen vanuit het ziekenhuis. De meest voorkomende opnamediagnoses waren CVA (25.7%), traumatisch letsel (19.0%) en klinische verslechtering bij een chronische aandoening (19.0%).

Bij opname was het functionele niveau van de studiepopulatie laag; de mediane ADL-score was 6 (Q1-Q3: 3-7), 13.3% had geen rompbalans, 40% was afhankelijk van een tillift en bijna de helft (48.6%) had geen loopfunctie.

Bij de vergelijking van patiëntkarakteristieken tussen de BVZ- en AVBZ-groep werden geen significante verschillen gevonden in demografie en comorbiditeiten. AVBZ-revalidanten werden echter frequenter opgenomen vanuit de thuissituatie (15.6% vs 3.3%, $p=0.045$). In vergelijking met BVZ-revalidanten was hun opnamediagnose vaker een klinische verslechtering bij een chronische aandoening (34.4% vs 13.1%, $p=0.028$) en minder vaak traumatisch letsel (3.1% vs 23.0%, $p=0.016$). De mediane ADL-score bedroeg 6 (Q1-3: 6-8) in de BVZ-groep en 2 (Q1-Q3: 1-4) in de AVBZ-groep. Het gebruik van een tillift en het ontbreken van loopfunctie kwamen vaker voor bij AVBZ-revalidanten dan bij BVZ-revalidanten (respectievelijk 78.1% vs 21.3% en 75.0% vs 36.1%).

Revalidatiebeloop

De kenmerken van het revalidatiebeloop worden gepresenteerd in tabel 2. De mediane opnameduur bedroeg 43 dagen (Q1-Q3: 28-63 dagen). Tien patiënten (9.5%) overleden tijdens het revalidatietraject. Bij 18 patiënten (17.1%) werd onderzoek naar de cognitie uitgevoerd vanwege twijfels over de cognitieve status. Bij 11 patiënten (10.5%) werd een nieuwe diagnose dementie gesteld. Van de totale studiepopulatie werd 59.9% naar huis ontslagen.

In de AVBZ-groep werden 10 patiënten (31.3%) na revalidatie naar huis ontslagen. Voor 28.1% van de AVBZ-revalidanten betekende ontslag een overplaatsing naar een

Tabel 1 Karakteristieken van patiënten bij opname op de GRZ-afdeling, voor de totale groep en afzonderlijk voor de groep BVZ- en AVBZ-revalidanten†

Karakteristieken	Totaal	BVZ	AVBZ	
	(n=105)	(n=61)	(n=32)	p-waarde
Demografie				
Mediane leeftijd in jaren (Q1-Q3)	73.0 (64.0-80.0)	75.0 (68.0-80.0)	71.0 (59.5-80.0)	0.188
Vrouwelijk geslacht	52 (49.5)	32 (52.5)	14 (43.8)	0.514
Comorbiditeiten				
Hypertensie	70 (66.7)	40 (65.6)	23 (71.9)	0.643
Ischemische hartziekte ^a	10 (9.5)	8 (13.1)	1 (3.1)	0.157
Atriumfibrilleren	16 (15.2)	6 (9.8)	8 (25.0)	0.069
COPD of astma	10 (9.5)	8 (13.1)	1 (3.1)	0.157
CVA	35 (33.3)	17 (27.9)	15 (46.9)	0.107
Obesitas ^b	9 (8.6)	6 (9.8)	3 (9.4)	1.000
Diabetes Mellitus type 1 en 2	45 (42.9)	31 (50.8)	11 (34.4)	0.188
Nierfalen eGFR < 45	30 (28.6)	16 (26.2)	12 (37.5)	0.342
Dialyse behoeftig	9 (8.6)	3 (4.9)	5 (15.6)	0.118
Dementie	2 (1.9)	2 (3.3)	0	0.780
Opname				
Herkomst opname				
Ziekenhuis	96 (91.4)	59 (96.7)	26 (81.3)	0.018*
Thuis	7 (6.7)	2 (3.3)	5 (15.6)	0.045*
MSR	2 (1.9)	0	1 (3.1)	0.344
Opnamediagnose				
CVA	27 (25.7)	13 (21.3)	11 (34.4)	0.214
Trauma	20 (19.0)	14 (23.0)	1 (3.1)	0.016*
Amputatie	5 (4.8)	3 (4.9)	2 (6.3)	1.000
Electieve orthopedie	5 (4.8)	4 (6.6)	0	0.295
Chronische aandoening ^c	20 (19.0)	8 (13.1)	11 (34.4)	0.028*
Overig ^d	28 (26.7)	19 (31.1)	7 (21.9)	0.467
Functioneel				
Mediane ADL-score ^e (Q1-Q3)	6 (3-7)	6 (6-8)	2 (1-4)	<0.001*
Rompbalans aanwezig	91 (86.7)	60 (98.4)	22 (68.8)	<0.001*
Transfers				<0.001*
Met tillift	42 (40.0)	13 (21.3)	25 (78.1)	
Met hulp 1 persoon	42 (40.0)	30 (49.2)	7 (21.9)	
Zelfstandig	21 (20.0)	18 (29.5)	0	
Loopfunctie				<0.001*
Niet	51 (48.6)	22 (36.1)	24 (75.0)	
Met hulp 1 persoon	27 (25.7)	18 (29.5)	7 (21.9)	
Zelfstandig	27 (25.7)	21 (34.4)	1 (3.1)	

Waarden zijn aantallen (percentage) tenzij anders aangegeven.

[†] In de totale groep zijn 12 revalidanten opgenomen met een andere financieringsvorm dan BVZ of AVBZ (bijvoorbeeld particuliere of buitenlandse verzekeringen); hierdoor tellen de aantallen in beide subgroepen niet op tot het totaal.

GRZ = geriatrie revalidatiezorg, BVZ = basisverzekering ziektekosten, AVBZ = algemene verzekering bijzondere ziektekosten, n = aantal, Q1-Q3 = 1^e en 3^e kwartielwaarde, PCI = percutane coronaire interventie, CABG = coronaire bypassoperatie, COPD = chronische obstructieve longziekte, CVA = cerebro vasculair accident, eGFR = estimated glomerular filtration rate, MSR = medisch specialistische revalidatie, ADL= activiteiten van het dagelijks leven.

^a Myocardinfarct, angina pectoris, PCI of CABG, ^b body mass index van 30 of meer, ^c klinische verslechtering bij een chronische aandoening, ^d waaronder hart- en longziekte, epilepsie, infectie, maligniteit, ^e bepaald volgens Curaçaose norm (range 0-12).

* de gevonden waarde is significant (p<0.05).

Tabel 2 Kenmerken van het revalidatiebeloop, voor de totale groep en afzonderlijk voor de groep BVZ- en AVBZ-revalidanten[†]

Karakteristieken	Totaal (n=105)	BVZ (n=61)	AVBZ (n=32)	p-waarde
Algemeen				
Mediane opnameduur in dagen (Q1-Q3)	43.0 (28.0-63.0)	42.0 (28.0-55.0)	52.5 (36.8-77.8)	0.023*
Mortaliteit ^a	10 (9.5)	5 (8.2)	5 (15.6)	0.304
Nieuwe diagnose dementie	11 (10.5)	6 (9.8)	4 (12.5)	0.732
Ontslagbestemming				
Thuis	56 (53.3)	43 (70.5)	9 (28.1)	<0.001*
Thuis wachten op plek regulier verzorgingshuis ^b	6 (5.7)	5 (8.2)	1 (3.1)	0.660
Particulier verzorgingshuis	7 (6.7)	6 (9.8)	1 (3.1)	0.415
MSR Curaçao	3 (2.9)	2 (3.3)	1 (3.1)	1.000
Afdeling somatiek blijvend	12 (11.4)	0	8 (25.0)	<0.001*
Afdeling somatiek tijdelijk ^c	5 (4.8)	0	5 (15.6)	0.004*
Psychogeriatric	1 (1.0)	0	1 (3.1)	0.344
Anders ^d	5 (4.8)	0	1 (3.1)	0.344

Waarden zijn aantallen (percentage) tenzij anders aangegeven.

[†] In de totale groep zijn 12 revalidanten opgenomen met een andere financieringsvorm dan BVZ of AVBZ (bijvoorbeeld particuliere of buitenlandse verzekeringen); hierdoor tellen de aantallen in beide subgroepen niet op tot het totaal.

BVZ = basisverzekering ziektekosten, AVBZ = algemene verzekering bijzondere ziektekosten, n = aantal, Q1-Q3 = 1^e en 3^e kwartielwaarde, MSR = medisch specialistische revalidatie.

^a aantal overleden patiënten binnen de duur van het revalidatietraject, ^b gefinancierd door de overheid, ^c opname op de afdeling somatiek van het verpleeghuis alleen ter overbrugging tot opname in een regulier verzorgingshuis, ^d onder anderen MSR in en GRZ Nederland.

* de gevonden waarde is significant (p<0.05).

van de langdurige verblijfsafdelingen binnen het verpleeghuis, terwijl 15.6% daar tijdelijk werd opgenomen ter overbrugging tot opname in een regulier (door de overheid gefinancierd) verzorgingshuis. In de BVZ-groep werden 48 patiënten (78.7%) naar huis ontslagen, waaronder 5 patiënten ter overbrugging tot opname in een regulier verzorgingshuis, en gingen 6 patiënten (9.8%) met ontslag naar een particulier verzorgingshuis.

Veranderingen in ADL-score en functionele parameters

In tabel 3 zijn de verschillen in ADL-score en functionele parameters tussen opname en ontslag weergegeven voor de totale groep revalidanten. De mediane ADL-score verbeterde van 6 naar 8 ($p<0.001$).

Bij ontslag had 93.3% van de totale groep patiënten rompbalans (vs 86.7% bij opname, $p=0.016$), maakte 54.3% zelfstandig transfers (vs 20% bij opname) en had 69.5% loopfunctie (vs 51.4% bij opname). De verschuivingen van patiënten binnen de drie categorieën van transfers en loopfunctie tussen opname en ontslag waren statistisch significant.

De mediane ADL-score verbeterde in de BVZ-groep van 6 bij opname naar 9 bij ontslag ($p<0.001$) en in de AVBZ-groep van 2 bij opname naar 6 bij ontslag ($p<0.001$). Vanwege te kleine aantallen in de afzonderlijke subgroepen zijn analyses van veranderingen in rompbalans, transfers en loopfunctie alleen uitgevoerd voor de totale studiepopulatie.

Tabel 3 Verschillen in ADL-score en functionele parameters tussen opname en ontslag voor de totale groep revalidanten

Karakteristieken	Totaal (n=105)		p-waarde
	opname	ontslag	
Mediane ADL-score ^a (Q1-Q3)	6 (3-7)	8 (6.0-10)	<0.001*
Rombalans aanwezig	91 (86.7)	98 (93.3)	0.016*
Transfers			<0.001*
Met tillift	42 (40.0)	18 (17.1)	
Met hulp 1 persoon	42 (40.0)	30 (28.6)	
Zelfstandig	21 (20.0)	57 (54.3)	
Loopfunctie			<0.001*
Niet	51 (48.6)	32 (30.5)	
Met hulp 1 persoon	27 (25.7)	19 (18.1)	
Zelfstandig	27 (25.7)	54 (51.4)	

Waarden zijn aantallen (percentage) tenzij anders aangegeven.

n = aantal, Q1-Q3 = 1^e en 3^e kwartielwaarde.

^a bepaald volgens Curaçaose norm (range 0-12), * de gevonden waarde is significant ($p<0.05$).

Discussie

Deze retrospectieve cohortstudie laat zien dat de patiëntengroep die in de eerste 21 maanden na de opzet van een GRZ-afdeling op Curaçao ter revalidatie werd opgenomen, zeer kwetsbaar was. Desondanks konden respectievelijk 31.3% van de revalidanten met en 78.7% van de revalidanten zonder verpleeghuiszorgindicatie bij opname na revalidatie met ontslag naar huis. Er werden significante verbeteringen waargenomen in ADL, rompbalans, transfers en loopfunctie.

Vergelijking met bestaande literatuur

De mediane leeftijd van de studiebevolking ligt met 73 jaar aanzienlijk lager dan de gemiddelde 80 jaar die werd gevonden in een vragenlijstsonderzoek naar GRZ in 31 Europese landen.¹¹ Deze bevinding is consistent met de lagere levensverwachting op Curaçao, die het gevolg is van oversterfte aan hart- en vaatziekten en externe oorzaken als geweld en verkeersongevallen.¹²

De hoge prevalentie van hypertensie, diabetes mellitus, CVA en nierfalen in deze studie is in lijn met eerder onderzoek dat heeft aangetoond dat deze aandoeningen vaker voorkomen op Curaçao dan in Nederland.¹³ De relatief lage prevalentie van obesitas (8.6%) ten opzichte van de 27% die is gerapporteerd bij 65-plussers in de algemene Curaçaose bevolking kan mogelijk worden verklaard door de kwetsbaarheid van de revalidatiepopulatie, waarbij gewichtsverlies en spiermassa-afname vaker voorkomen als gevolg van verminderde orale intake, beperkte mobiliteit, multimorbiditeit en hospitalisaties.

Volgens eerdergenoemd Europees vragenlijstsonderzoek varieerde de gemiddelde opnameduur binnen de GRZ tussen de 7 en 65 dagen, afhankelijk van de doelgroep en de organisatie van zorg.¹¹ De mediane opnameduur in deze studie valt binnen deze range en is vergelijkbaar met Nederlandse cijfers, waarbij de gemiddelde opnameduur steeg van 45 ligdagen in 2015 naar 49 ligdagen in 2022.^{14,15}

De mortaliteit in deze studie, die 9.5% bedroeg, was aanzienlijk hoger dan de 4.0-6.9% mortaliteit die werd gerapporteerd in 30 Nederlandse verpleeghuizen tijdens GRZ-opname.¹⁶ Daarnaast werd bij 11 patiënten (10.5%) een nieuwe diagnose dementie gesteld. Hoewel er geen vergelijkbare gegevens in de literatuur zijn gevonden, lijkt dit percentage, net als bij de mortaliteit, aan de hoge kant. Deze resultaten zijn waarschijnlijk illustrerend voor de kwetsbaarheid van de studiebevolking, gekenmerkt door complexe multimorbiditeit en hoge zorgafhankelijkheid. In het geval van dementie speelt vermoedelijk ook de culturele context een rol. Op de Caribische eilanden rust nog altijd een taboe op het herkennen en erkennen van dementie, waardoor veel patiënten pas in beeld komen wanneer de mantelzorg overbelast raakt.¹⁷ Bij het triëren van patiënten voor de GRZ-afdeling is er bewust voor gekozen om patiënten met cognitieve problemen en twijfel over hun leerbaarheid het voordeel van de twijfel te geven. Uit eerder onderzoek blijkt dat cognitieve

beperkingen bij patiënten geassocieerd zijn met een geringer functioneel herstel tijdens intensieve revalidatie in het ziekenhuis.¹⁸ Het relatief hoge aantal nieuwe dementiediagnoses zou daarom van invloed kunnen zijn geweest op de functionele uitkomsten van deze studie.

Het niveau van functioneren bij opname lag zowel voor AVBZ- als BVZ-revalidanten opvallend laag. Dit heeft wellicht te maken met het ontbreken van eerdere revalidatiemogelijkheden voor deze patiënten, of het niet herkennen van de potentie om met behandelingen het functioneren te verbeteren. Hoewel het functioneren in de gehele groep revalidanten significant verbeterde tussen opname en ontslag, bleef het eindniveau lager dan in de Nederlandse GRZ. Zo had 30.5% bij ontslag nog steeds geen loopfunctie; een opmerkelijk hoog percentage in vergelijking met de 2.7% die in Nederlands onderzoek werd gevonden.¹⁹ Naast een striktere triage heeft het hoge aandeel revalidanten met een verpleeghuiszorgindicatie (30.5%) hier waarschijnlijk ook een rol in gespeeld. De GRZ-populatie in Nederland is qua functioneel niveau waarschijnlijk beter vergelijkbaar met de groep BVZ-revalidanten in dit onderzoek. In deze groep kwam het percentage naar huis ontslagen revalidanten (78.7%) ook in de buurt van de 80% die in de Nederlandse GRZ wordt gerapporteerd (80%).¹⁴

Sterke en zwakke kanten

Voor zover bekend is Curaçao het eerste land in de Caribische regio dat revalidatie in de verpleeghuissetting heeft geïmplementeerd. Onder andere het verpleeghuis op Bonaire, een bijzondere gemeente van Nederland²⁰, biedt alleen langdurige psychogeriatrische en somatische zorg aan.²¹ Hierdoor geeft deze studie een eerste inzicht in de introductie van GRZ in het regionale zorglandschap.

Een sterkte kant van deze studie is dat patiënten werden getrieerd voor geriatri-sche revalidatie door een SO met ervaring op dit gebied. Daarnaast zijn alle opeenvolgende patiënten geïnccludeerd en ontbraken er geen gegevens. Hierdoor is er een betrouwbaar beeld ontstaan van de populatie en van de uitkomsten van deze nieuwe zorgvorm op Curaçao.

De belangrijkste beperking is dat er tijdens de onderzoeksperiode niet werd gewerkt met gevalideerde meetinstrumenten die worden aanbevolen voor het meten van uitkomsten in de GRZ.²² Vanwege de retrospectieve aard van deze studie was er alleen beschikking over data die tijdens de routinematige patiëntenzorg zijn verzameld. Bij de opzet van de GRZ-afdeling is bewust afgezien van directe implementatie van gevalideerde meetinstrumenten. Dit had nog meer van het behandelteam en de zorgmedewerkers gevraagd, terwijl zij al moesten wennen aan het nieuwe concept van revalidatiezorg.

Hoewel de studie significante verbeteringen in ADL-score en functionele parameters laat zien, betreft het een observationeel onderzoek zonder controlegroep, waardoor geen harde uitspraken kunnen worden gedaan over causaliteit. De waarde van

de studie ligt vooral in het verkennende karakter, waarbij de heterogeniteit van de doelgroep en verschillen in het beloop zichtbaar worden gemaakt.

Aanbevelingen voor de toekomst

Voor een toegankelijke en duurzame ouderenzorg op Curaçao is het belangrijk dat GRZ structureel wordt ingebed in het zorgstelsel. Dit vraagt om een herstelgerichte visie met bijbehorend beleid en passende bekostiging.

Ten tijde van schrijven van dit artikel, werken betrokken partijen aan een contract inclusief financieringsafspraken, om revalidatie van patiënten met een ADL-score ≥ 6 in het verpleeghuis via de BVZ structureel mogelijk te maken. Voor patiënten met een ADL-score < 6 geldt het reguliere, al jaren niet-geïndexeerde AVBZ-tarief, dat ontoereikend is voor behandelingen in het kader van revalidatie. Als passende bekostiging en daarmee revalidatie uitblijft, kan het zijn dat deze patiënten op een lager niveau blijven functioneren dan potentieel haalbaar is, terwijl deze studie juist aantoonde dat met voldoende middelen meer zelfredzaamheid in de verpleeghuissetting én voor een derde deel van de patiënten zelfs ontslag naar huis mogelijk is na een mediaan verblijf van 53 dagen. Een afzonderlijk revalidatietarief binnen de AVBZ, vergelijkbaar met de in Nederland gebruikte indicatie VV9B ('Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging') binnen de Wet langdurige zorg, zou uitkomst kunnen bieden.

Bij de oprichting van de GRZ-afdeling lag de focus op samenwerking met specialisten in het ziekenhuis. De meeste patiënten revalideerden in aansluiting op een ziekenhuisopname. Zonder GRZ zouden zij ofwel direct naar huis of naar de langdurige verpleeghuiszorg zijn ontslagen, waar de geïntegreerde multidisciplinaire aanpak ontbreekt die juist zo essentieel is. Vermoedelijk verblijven er in de thuissituatie veel kwetsbare patiënten die baat kunnen hebben bij een GRZ-traject. Door tijdig het algehele functioneren te verbeteren, kan bij deze patiënten opname in het verpleeghuis worden uitgesteld of voorkomen. In deze studie zijn maar weinig patiënten door de huisarts verwezen voor GRZ. Die mogelijkheid zou beter benut kunnen worden door samenwerkingsoverleg, scholing of voorlichting aan huisartsen. Vooral voor deze doelgroep zou het ontwikkelen van ambulante GRZ, waarbij de zorg in de thuissituatie wordt aangeboden, een waardevolle volgende stap zijn.

Voor de toekomstige revalidatie van kwetsbare patiënten op Curaçao is het van belang dat het uitbreiden van de capaciteit niet ten koste gaat van de kwaliteit die nu wordt geboden. Gezien het huidige tekort aan bepaalde paramedische specialisaties op het eiland, met name logopedie en ergotherapie, zou continue beschikbaarheid over een volledig behandelteam prioriteit moeten hebben om geïntegreerde, multidisciplinaire behandeling te blijven bieden.

Conclusie

Dit onderzoek laat zien dat de functionele status van kwetsbare personen met een zeer laag niveau van functioneren verbetert tijdens opname op een GRZ-afdeling op Curaçao. Van de revalidanten zonder verpleeghuiszorgindicatie bij opname ging 78.7% met ontslag naar huis. Van de revalidanten met een verpleeghuiszorgindicatie werd 31.3% naar huis ontslagen en bleef 28.1% blijvend opgenomen in het verpleeghuis. De positieve uitkomsten van deze studie kunnen bijdragen aan de erkenning van GRZ door beleidsmakers op Curaçao, met daarbij passende bekostiging. Tot die tijd zou men in het Papiaments kunnen zeggen: “galiña ta baña k’e awa k’e tin” – een kip baadt zich in het water dat hij heeft, oftewel: men moet roeien met de riemen die men heeft.

Dankwoord

Ten eerste wil ik graag alle patiënten en medewerkers van verpleeghuis Betèsda bedanken voor de leerzame en gezellige tijd waarin ik bij jullie mocht werken. In het bijzonder een woord van dank aan alle collega’s met wiens inzet de revalidatieafdeling een succes is geworden, onder anderen Natasha Rog, Simone Grol, Farley Lie Atjam en Dishaira Fenny. Ook gaat mijn dank uit naar de specialisten ouderengeneeskunde met wie ik de vakgroep CURA-SO heb gevormd, voor het delen van hun expertise en ervaringen, en ons gezamenlijke streven om de zorg voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken binnen de mogelijkheden van het Curaçaose zorglandschap te optimaliseren. Tot slot wil ik mijn dank uitspreken naar de redactie en reviewers, wiens waardevolle opmerkingen en suggesties de kwaliteit van dit artikel aanzienlijk hebben verhoogd.

Financiering

De auteur heeft geen externe financiering ontvangen voor het in dit artikel beschreven onderzoek.

Literatuur

1. Rijksoverheid. Verantwoordelijkheden Nederland, Aruba, Curaçao en Sint-Maarten [Internet]. [geraadpleegd op: 17-08-2024]. Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/caribische-deel-van-het-koninkrijk/verantwoordelijkheden-nederland-aruba-curacao-en-sint-maarten>.
2. Central Bureau of Statistics Curaçao. De bevolking van 65+ op Curaçao [Internet]. [geraadpleegd op: 07-04-2024]. Available from: <https://www.cbs.cw/de-bevolking-van-65-op-curacao>.

3. Economisch Bureau Amsterdam. Sociale zekerheid Curaçao. Knelpunten, verbeteringen en implementatie. Deelrapport 1 – Huidige stelsel en knelpunten. 2023 Maart. Available from: https://www.economisch-bureau.nl/wp-content/uploads/2024/05/deelrapport_1_huidigestelsel_E.4_Curacao_EBA_24032022.pdf.
4. Sociale Verzekeringsbank Curaçao. Algemene Verzekering Bijzondere Ziektekosten [Internet]. [geraadpleegd op: 17-08-2024]. Available from: <https://svbcur.org/wetten/avbz/>.
5. Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso). Kwaliteitsbeschrijving geriatrische revalidatiezorg. 2022 December 13. Available from: https://www.verenso.nl/_asset/_public/Praktijkvoering_handreikingen/221213-Kwaliteitsbeschrijving-geriatrische-revalidatiezorg-Verenso.pdf.
6. RIVM. Kwetsbare ouderen [Internet]. [geraadpleegd op: 17-08-2024]. Available from: <https://www.rivm.nl/ouderen-van-nu-en-straks/kwetsbare-ouderen>.
7. Bachmann S, Finger C, Huss A, Egger M, Stuck AE, Clough-Gorr KM. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ*. 2010; Apr 20.
8. Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Advies nieuwe bekostiging tijdelijk verblijf. 15 februari 2024. Available from: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_758153_22/.
9. Afkondigingsblad Curaçao. Landsverordening inzake de bescherming van persoonsgegevens. 4 September 2010. Available from: https://btnp.org/wp-content/uploads/2019/03/Landsverordening_Bescherming_Persoonsgegevens_AB_2010_no._84_.pdf.
10. American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (4th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
11. Grund S, Van Wijngaarden JP, Gordon AL, Schols JMGA, Bauer JM. EuGMS survey on structures of geriatric rehabilitation across Europe. *Eur Geriatr Med*. 2020 Apr;11(2):217-232.
12. Verstraeten SPA, Van Oers HAM, Mackenbach JP. Differences in life expectancy between four Western countries and their Caribbean dependencies, 1980-2014. *Eur J Public Health*. 2020 Feb 1;30(1):85-92.
13. Verstraeten S, Griffith M, Pin R. Volksgezondheid Instituut Curaçao. De nationale gezondheidssenquête Curaçao 2017. Willemstad, Curaçao. 2018. Available from: <https://vic.cw/storage/app/media/Publicaties/Rapport%20NGE%202017.pdf>.
14. Actiz. Infographic Geriatrische revalidatiezorg. 2019 Oktober 31. Available from: https://www.studiogr.nl/wp-content/uploads/2019/03/ActiZ_GRZ-Infographic.pdf.
15. Actiz. Infographic Geriatrische revalidatiezorg in beeld. 2024 Mei 20. Available from: <https://www.actiz.nl/sites/default/files/2024-05/Infographic%20GRZ%20-%20mei%202024.pdf>.
16. 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. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18(6):549 e15-e22.
17. Ministerie van GMN en SOAW. Beleidsplan dementie 2021-2025 Curacao. Available from: <https://www.alzint.org/u/Curacao-Plan-Nashonal-di-Demensia-Curacao-Ultimo.pdf>.
18. Landi F, Bernabei R, Russo A, Zuccala G, Onder G, Carosella L, et al. Predictors of rehabilitation outcomes in frail patients treated in a geriatric hospital. *Geriatr. Soc*. 2002, 50 679-684.
19. Van Zuilekom S, Schut RM, van Munster BC, Spies PE. Geriatrische revalidatiezorg na triage op de spoedeisende hulp: Patiëntkarakteristieken en revalidatie-uitkomsten. *Tijdschr Gerontol Geriat*. 2019; Mar 14;50(1), 8-14.
20. Rijksoverheid. Het bestuur van Bonaire, Sint-Eustatius en Saba [Internet]. [geraadpleegd op: 21-08-2024]. Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/caribische-deel-van-het-koninkrijk/bestuur-van-bonaire-sint-eustatius-en-saba>.
21. Nooij T, Razabsekh R, Smalbrugge M. Ouderenzorg op Bonaire: zorg met aandacht voor elkaar. *Bon dia! Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*. 2017, Dec.
22. Doornebosch AJ, Caljouw MAA, Van Balen R, Achterberg W in samenwerking met de leden van het Universitair Netwerk voor de Care sector Zuid-Holland (UNC-ZH). Handleiding Basisset UNC-ZH Meetplan Geriatrische Revalidatie [Internet]. [geraadpleegd op: 21-08-2024]. Available from: https://www.studiogr.nl/wp-content/uploads/2018/03/HandleidingUNC-ZHMeetinstrumentGRZ-v1_180129.pdf.