

WETENSCHAPPELIJK ARTIKEL

Direct ambulante geriatrische revalidatie: haalbaarheid vanuit het perspectief van revalidanten en naasten

Joannina Jaski^{1*}, Kira Kooij², Aafke de Groot³, Ewout Smit³, Ellen Vreeburg¹, Margriet Po^{3,4}

Samenvatting

Sinds 2025 staat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) toe dat direct ambulante geriatrische revalidatie (DAGR) wordt geboden zonder voorafgaande opname in een centrum voor geriatrische revalidatie. Deze studie onderzocht haalbaarheidsaspecten van DAGR via interviews met vijf revalidanten en vijf naasten. Deelnemers waardeerden de deskundigheid, betrokkenheid en communicatie van het interdisciplinaire revalidatieteam. Digitale ondersteuning via een eenvoudig te bedienen tablet werd overwegend positief beoordeeld op grond van gebruiksgemak en contactmogelijkheden. De combinatie van digitale en persoonlijke begeleiding bleek stimulerend. DAGR lijkt een haalbare zorgvorm mits ervaren professionals worden ingezet met aandacht voor wensen, behoeften en digitale vaardigheden van revalidanten en hun naasten.

Trefwoorden: ambulante geriatrische revalidatie, haalbaarheid, patiëntperspectief

-
- 1 Vivium Zorggroep locatie Naarderheem, Naarden
 - 2 Free University Amsterdam, Amsterdam. Currently: Axians, Eindhoven
 - 3 Afdeling Ouderengeneeskunde Amsterdam UMC, Amsterdam
 - 4 Hogeschool van Amsterdam, Amsterdam
 - * Corresponderend auteur: j.jaski@vivium.nl

Direct home-based geriatric rehabilitation: feasibility from the perspective of rehabilitants and informal caregivers

Joannina Jaski^{1*}, Kira Kooij², Aafke de Groot³, Ewout Smit³, Ellen Vreeburg¹, Margriet Po^{3,4}

Abstract

Since 2025, the Dutch Healthcare authority allows direct home-based geriatric rehabilitation without prior inpatient geriatric rehabilitation. This qualitative study evaluated the feasibility of direct home-based geriatric rehabilitation through interviews with five persons who received direct home-based geriatric rehabilitation and five informal caregivers. Participants appreciated the expertise, empathy, and clear communication of the interdisciplinary rehabilitation team. Digital support by a user-friendly tablet was predominantly well-received for its ease of use and ability to maintain contact. The blended approach—combining home-based and digital support—was seen as motivating. Findings suggest direct home-based geriatric rehabilitation is feasible if delivered by experienced professionals with attention to emotional needs and digital literacy.

Keywords: Direct Home-Based Geriatric Rehabilitation, Feasibility, Patient Perspective

1 Vivium Zorggroep location Naarderheem, Naarden

2 Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam. Thans: Axians, Eindhoven

3 Department of Medicine for Older People, Amsterdam UMC, Amsterdam

4 Amsterdam University of Applied Sciences, Amsterdam

* Corresponding author: j.jaski@vivium.nl

Inleiding

Door de dubbele vergrijzing nemen zowel het aantal ouderen als het percentage van zeer oude ouderen daarbinnen toe. In 2040 wordt verwacht dat 25% van de Nederlandse bevolking 65 jaar of ouder is, met een absoluut aantal van 4,75 miljoen.¹ Veroudering van de bevolking is een wereldwijd fenomeen en leidt tot een stijging van het aantal kwetsbare ouderen² en een toegenomen vraag naar geriatrische revalidatie.³ Geriatrische revalidatie wordt gedefinieerd als een multidimensionale interventie met als doel het optimaliseren van de functionele capaciteit, het bevorderen van activiteit en het behouden van functionele reserve en sociale participatie bij ouderen met beperkingen.⁴ Het verbetert het niveau van functioneren en leidt tot een afname van het aantal sterfgevallen en ziekenhuisopnames.^{5,6} Hoewel een Europese Delphi-studie uit 2019 concludeerde dat geriatrische revalidatie bij voorkeur ambulant (in of vanuit de woning van de revalidant) zou moeten worden aangeboden, ontbraken gegevens over haalbaarheid en effectiviteit van ambulante geriatrische revalidatie.⁷ Inmiddels zijn er aanwijzingen dat interdisciplinaire ambulante geriatrische revalidatie na een intramuraal hersteltraject dezelfde verbetering in functionele uitkomstparameters laat zien als gebruikelijke nazorgtrajecten (waaronder intramurale revalidatie) en kan leiden tot een vermindering van het aantal ligdagen.⁸

In Nederland kon ambulante geriatrische revalidatie tot 2025 alleen worden gedeclareerd door zorgaanbieders als het ambulante traject aansloot op een intramuraal geriatrisch revalidatietraject. Door een wijziging in het Besluit Zorgverzekeringen per 1 januari 2025 is ambulante geriatrische revalidatie inmiddels mogelijk zonder voorgaande opname in een geriatrisch revalidatiecentrum. Geriatrische revalidatie kan daarmee starten op een voor de revalidant best passende plaats. Direct ambulante geriatrische revalidatie (DAGR) kent een wezenlijk andere start dan een ambulant traject na klinische revalidatie. Het voorgaand klinisch revalidatietraject ontbreekt, waardoor tijdens triage en in de eerste ambulante behandelweek meer informatie moet worden vergaard en gegeven. Dit vraagt ook om logistieke aanpassingen. Om een zorgpad DAGR te ontwikkelen werd met input van enkele regionale stakeholders (huisartsen, eerstelijnsfysiotherapeuten, fysio- en ergotherapeuten werkzaam in de geriatriche revalidatie, specialisten ouderengeneeskunde, transfer- en overige gespecialiseerde verpleegkundigen, medisch specialisten en een revalidatiearts) een eerste beschrijving van het zorgpad opgesteld. Onderdeel hiervan was het opstellen van triagecriteria voor DAGR in aanvulling op de al bestaande triagecriteria voor intramurale geriatriche revalidatie.⁹ Figuur 1 toont het stroomschema met de aanvullende criteria. Het volledige zorgpad DAGR is opvraagbaar bij de eerste auteur.

Als de patiënt geïndiceerd is voor geriatrische revalidatie door een triagerende specialist ouderengeneeskunde, moet vervolgens beoordeeld worden waar de behandeling het beste kan plaatsvinden: intramuraal of vanuit huis. Dit proces kent twee stappen.

Stap 1. Beoordelen algemene voorwaarden DAGR

- Thuis wonen moet veilig zijn (voldoende ADL- en iADL ondersteuning; geen risicovolle situatie door cognitieve- of gedragsproblemen)
- Bij een intensieve revalidatiebehoefte moet de revalidant voldoende zelf kunnen oefenen (ondersteund door naaste en/of eHealth), om tenminste dagelijks aan revalidatiedoelen te kunnen werken
- De revalidant moet binnen 20 autominuten van de revalidatielocatie wonen

Stap 2. Individuele besluitvorming DAGR

- Wanneer aan de algemene voorwaarden voor DAGR wordt voldaan, neemt een specialist ouderengeneeskunde contact op met de revalidant (en naaste) voor een geriatrisch assessment en gezamenlijke besluitvorming over het starten van DAGR

Figuur 1 Triagecriteria DAGR

Het is belangrijk om het perspectief van patiënten en naasten mee te nemen bij het opzetten van een nieuwe interventie.¹⁰ Daarom werd besloten om de eerste revalidanten die volgens het zorgpad DAGR werden behandeld en hun naasten te betrekken bij de verdere ontwikkeling van DAGR. Deze studie beschrijft de eerste ervaringen van revalidanten en naasten met DAGR met accent op de haalbaarheid van de interventie.

Methode

Het betreft een kwalitatieve studie, waarbij aspecten van de haalbaarheid van DAGR werden bestudeerd vanuit het perspectief van revalidanten en hun naasten middels semigestructureerde interviews. Het onderzoek werd uitgevoerd volgens de consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)¹¹ en liep van januari tot en met juni 2025.

Setting

Het onderzoek werd uitgevoerd vanuit de geriatrische revalidatieafdeling van één zorginstelling in Midden-Nederland. Het multidisciplinaire revalidatieteam bestond uit ervaren behandelaren die zowel intramuraal als ambulant werken. DAGR werd fysiek (poliklinisch en/of aan huis) aangeboden en gecombineerd met behandeling op afstand via een tablet (merknaam Compaan: een Samsung Galaxy tablet A8, besturingssysteem Android 7.0 met additionele Compaan software versies 5.7 en 5.8). Deze tablet is ontworpen voor mensen met beperkte digitale vaardigheden. De tablet geeft op eenvoudige wijze toegang tot een eHealth-platform waarmee

gebruikers kunnen beeldbellen, oefeningen raadplegen en hun behandelagenda inzien. Revalidanten en hun naasten kregen aan het begin van de revalidatie persoonlijke instructie over het gebruik van de tablet.

Deelnemers

De behandelend specialist ouderengeneeskunde vroeg aan alle revalidanten die een DAGR-traject volgden en hun naasten of ze mochten worden benaderd voor deelname. Een onafhankelijk onderzoeker (KK, masterstudent Management, Policy Analysis and Entrepreneurship) nam na het revalidatietraject contact op met deze mogelijke deelnemers. Zij gaf mondeling en schriftelijk toelichting op het onderzoek. Revalidanten of naasten bij wie geïnformeerde toestemming niet mogelijk was wegens cognitieve stoornissen, zintuiglijke beperkingen, afasie of taalbarrière werden uitgesloten van deelname. Deelname was vrijwillig en deelnemers hadden het recht zich op elk moment terug te trekken. Deelnemers werden geïncludeerd nadat ze het formulier voor geïnformeerde toestemming hadden ondertekend.

Dataverzameling

Deelnemers werden door de onderzoeker geïnterviewd, thuis of via beeldbellen. Interviews bestonden uit open en gesloten vragen over hun ervaringen met en meningen over het DAGR-traject aan de hand van een interviewhandleiding. De vragen waren tevoren opgesteld aan de hand van literatuur over haalbaarheids-onderzoek. Haalbaarheidsonderzoek richt zich op de vraag of een nog onbekende interventie voldoende aansluit bij de dagelijkse praktijk om verder te worden ontwikkeld. Wij maakten gebruik van het model van Bowen et al. dat acht aandachtsgebieden definieert (acceptatie, behoefte, implementatie, praktische uitvoerbaarheid, adaptatie, integratie, uitbreiding en beperkte effectiviteitstoetsing).¹² Drie van deze aandachtsgebieden werden het meest relevant geacht om de eerste ervaringen van revalidanten en mantelzorgers in kaart te brengen: acceptatie (de reactie van deelnemers op DAGR in het algemeen); integratie (hoe DAGR was in te passen in hun leven); en praktische uitvoerbaarheid (of deelnemers DAGR praktisch haalbaar vonden). Enkele voorbeeldvragen staan in Tabel 1. De volledige interviewhandleiding is op te vragen bij de eerste auteur.

Tabel 1 Enkele vragen uit de interviewhandleiding

Onderwerp	Vraag
Integratie	Wat vond u het uitvoeren van oefeningen in de thuissituatie? Vindt u dat de revalidatiebehandeling heeft geholpen in uw herstel? Kunt u mij vertellen hoe u deze revalidatiebehandeling vond passen bij uw situatie?
Aanvaardbaarheid	Kunt u mij vertellen of u de behandeling zoals die nu is, goed is voor u?
Praktische uitvoerbaarheid	Kunt u mij vertellen hoe u het vond om de Compaan te gebruiken?

Ieder interview duurde 30 tot 60 minuten. Revalidanten en naasten werden apart geïnterviewd. De gesprekken werden opgenomen (Philips VoiceTracer DVT 2110), versleuteld opgeslagen en getranscribeerd. Ter versterking van de validiteit van de gegevens ontvingen alle deelnemers via e-mail een samenvatting van hun interview ('member check') ter aanvulling en correctie. De Medisch-Ethische Toetsingscommissie van het Amsterdam Universitair Medisch Centrum verklaarde het onderzoek als niet-WMO-plichtig (2020.509).

Data-analyse

Transcripten ondergingen een deductieve thematische analyse en werden aan de hand van de aandachtsgebieden acceptatie, integratie en praktische uitvoerbaarheid gecodeerd.¹² De eerste drie transcripten werden door drie onderzoekers (AdG, KK, MP) onafhankelijk van elkaar gecodeerd en vergeleken om selectieve perceptie en blinde interpretaties zoveel mogelijk te vermijden. Eén van deze drie onderzoekers (KK) codeerde alle volgende interviews. De drie auteurs bespraken de codes regelmatig met elkaar en formuleerden (sub)thema's die in samenspraak met de overige onderzoekers werden vastgesteld.

Resultaten

Kenmerken deelnemers

Alle vijf revalidanten die tijdens de inclusiefase van de studie een DAGR-traject hadden afgerond en vijf naasten namen deel aan dit onderzoek. Eén revalidant had geen naaste en één naaste werd geïnterviewd zonder deelname van de bijbehorende revalidant, omdat deze enkele weken na het revalidatietraject was overleden. Tabel 2 en 3 tonen de deelnemerskenmerken.

Tabel 2 Kenmerken van deelnemende revalidanten

Deelnemer	Leeftijds-interval (jaren)*	Geslacht	Hoofd-diagnose	Duur DAGR (weken)	Clinical Frailty Scale (CFS)**
P1	75-80	M	CVA	12	6
P2	80-85	M	Parkinson	12	6
P3	75-80	M	Parkinson	7	4
P4	65-70	V	COPD	5	7
P5	85-90	V	Vallen bij dementie	8	5

* leeftijdsinterval ter voorkoming van identificatie

** Clinical Frailty Scale: een 9-puntsschaal die een indruk geeft van de gezondheid van een oudere volwassene; een hogere score betekent een grotere kwetsbaarheid [11]

Tabel 3 Kenmerken van deelnemende naasten

Deelnemer	Geslacht	Relatie tot revalidant
P6	V	Partner
P7	V	Partner
P8	V	Partner
P9	M	Zoon
P10	V	Partner

Alle deelnemende revalidanten hadden een (sub)acute verslechtering van hun functioneren. Bij de meeste revalidanten betrof het een acute achteruitgang binnen een bestaande chronische aandoening. Twee van de vijf deelnemende revalidanten werden aangemeld voor DAGR vanuit het ziekenhuis, na opname aldaar. De overige drie deelnemers waren niet recent in een ziekenhuis opgenomen. Zij werden verwezen voor DAGR door de huisarts (één revalidant) en de polikliniek Neurologie (twee revalidanten). De indicatie voor DAGR werd gesteld door een specialist ouderengeneeskunde, op basis van het eerder ontwikkelde zorgpad DAGR waarin de triagecriteria staan vermeld.

Thematische analyse

Vanuit het raamwerk van de drie aandachtsgebieden uit de interviewhandleiding identificeerden we drie thema's en 11 subthema's. Thema's en subthema's zijn samengevat in tabel 4.

Tabel 4 Thema's en subthema's geordend naar aandachtsgebied

Aandachtsgebied	Thema	Subthema
Integratie	Omgaan met de gevolgen van de ziekte	Verwachtingen ten aanzien van herstel Worstelen met onzekerheid rondom de aandoening van de revalidant Omgaan met en controle krijgen over de beperkingen Extra belasting van de naaste als verzorger
Aanvaardbaarheid	Tevredenheid met DAGR	Zich gehoord en geholpen voelen (als revalidant) Communicatie over verwachtingen van de revalidatie Ervaren steun van het behandelteam door naasten Organisatie van revalidatie aan huis
Praktische uitvoerbaarheid	Digitale ondersteuning	Mogelijkheden van de tablet Gebruiksgemak van de tablet Inzet van de tablet tijdens DAGR

Omgaan met de gevolgen van ziekte was een belangrijk thema voor revalidanten en naasten. Meerdere revalidanten gaven aan dat ze het moeilijk hadden met hun verwachtingen ten aanzien van herstel. Ze vonden het lastig om te begrijpen wat herstel betekende en hoe het revalidatietraject daaraan bijdroeg. Ook worstelden ze met het uitblijven van vooruitgang op fysiek vlak en uitten frustratie en onzekerheid over hun gezondheidsproblemen. Zo beschrijft een revalidant: "Dat is eigenlijk wel een beetje een teleurstelling, niet over de behandeling, maar over mijn gezondheid." - P2

Revalidanten zochten naar manieren om controle te krijgen over de eigen beperkingen. Ze gaven aan behoefte te hebben aan hulp en ondersteuning. Sommigen namen het heft in eigen handen door actief te melden dat ze hulp nodig hadden of zelf oplossingen te zoeken: "En ik heb ook veel gelezen, ik ben lid geworden van die Parkinsonvereniging en daar is veel documentatie te vinden." - P3

Ook de meeste naasten worstelden met de onzekerheid rondom de aandoening van de revalidant en hoe de ziekte hun dagelijks leven beïnvloedde. Er werden verschillende aspecten benadrukt, zoals onzekerheid over het herstel, emotionele uitdagingen thuis en moeilijkheden in het omgaan met de karaktereigenschappen

van de revalidant. De beperkingen van de revalidant leidden tot een herverdeling van de rollen binnen het huishouden, waarbij de naaste taken overnam die voorheen door de revalidant werden uitgevoerd: “Ja, ik weet niet wat ik ervan moet verwachten, want het komt natuurlijk toch meer op jou neer. Mijn man deed natuurlijk de financiële kant en dat was ook niet meer mogelijk, dus dan moet je je daar ook mee gaan bezighouden en bijvoorbeeld medicijnen innemen, dat was ook iets wat niet meer ging. Er komen veel dingen op je af.” – P6

Naasten probeerden zich actief in te leven in de veranderde omstandigheden. Ze zochten naar hun rol bij het revalidatieproces, bijvoorbeeld door het motiveren van de revalidant. Dit kon leiden tot gevoelens van verslagenheid als hun bijdrage ineffectief of onvoldoende bleek te zijn.

Het tweede thema dat uit de interviews naar voren kwam is de mate van tevredenheid van revalidanten en hun naasten met DAGR. Revalidanten voelden zich gehoord en geholpen. Ze waren over het algemeen tevreden met het revalidatietraject, vooral met de vaardigheden van het revalidatieteam en hun manier van werken. Ze vonden de professionals betrokken en deskundig, en waardeerden dat ze openstonden voor al hun vragen: “Er was altijd eerst overleg en als ze zagen dat het even niet zo goed ging, haal een goede adem en dan gaan we weer.” – P5

Revalidanten en naasten waardeerden de duidelijke communicatie over de verwachtingen, werkwijze en voortgang van de revalidatie (subthema 2-2). Ze gaven aan echt het gevoel te hebben dat de professionals aansloten bij de behoeften van de revalidant: “De zorgprofessionals zijn goed, ze zijn lief, ze vragen niet te veel. Dus net boven het niveau dat hij wil houden. Dat gaat prima.” – P7

Revalidanten en naasten merkten dat revalidatieteamleden elkaar onderling goed op de hoogte hielden van de vorderingen. Ze vonden het prettig dat de specialist ouderengeneeskunde contacten met andere zorgverleners (zoals huisarts en specialist) coördineerde. Het luisterend oor van de specialist ouderengeneeskunde tijdens de intake werd bijzonder gewaardeerd. Naasten voelden zich gesteund door het behandelteam en gaven aan te merken dat de revalidant door hen werd gestimuleerd.

Wat betreft de organisatie van de revalidatie aan huis gaven revalidanten aan tevreden te zijn over de combinatie van behandelingen thuis, fysiek en via de tablet. Sommige revalidanten oefenden ook op een revalidatielocatie en vonden dit motiverend vanwege de beschikbare apparatuur, de grotere ruimte en de aanwezigheid van zorgverleners. Sommige naasten merkten op dat in de toekomst een behandeling aan huis waarschijnlijk moeilijk zou worden wegens de reistijd van behandelen, maar dat behandeling via een tablet een goed alternatief was: “Zeker als je het combineert met bijvoorbeeld zo’n tablet dat een fysiotherapeut langs komt, opdrachten geeft, iemand uhm kijkt naar wat wel en niet kan en dan ondersteuning

biedt dat je elke dag via Physitrack [een online oefenprogramma, JJ] die en die oefeningen gaat doen en ik kom de volgende keer terug en je ziet vooruitgang, dat dat zeker iets is dat thuis gedaan kan worden.” – P9

Digitale ondersteuning was het derde thema dat uit de interviews naar voren kwam. De meeste revalidanten en naasten benadrukten de mogelijkheden van de tablet, waaronder de optie om de tablet te configureren naar de voorkeuren van de revalidant. Ze waardeerden de agendafunctie met het behandelprogramma en de mogelijkheid tot beeldbellen met behandelaren. Deze functies werden gezien als ondersteunend bij het structureren van de dag en het onderhouden van contact met het revalidatieteam: “Je hebt direct contact, dus als je vragen hebt, kun je die via de tablet stellen. En je zit niet alleen, zoals bij fysiotherapie, je traint niet alleen. Er is altijd iemand die met je meekijkt en dat is gewoon heel fijn.” – P4

De deelnemers gaven verder aan dat ze behoefte hadden aan het documenteren van eerdere afspraken en contactmomenten op de tablet. Eén naaste benadrukte mogelijke nieuwe toepassingen zoals monitoring van het voltooien van oefeningen en therapietrouw.

Vrijwel alle deelnemers vonden de tablet gebruiksvriendelijk. De meeste revalidanten en naasten hadden geen moeite met inloggen en navigeren. Het gebruik van applicaties voor beeldbellen en oefenen verliep bij hen zonder problemen, ook als ze zichzelf niet digitaal vaardig vonden: “Ik kon gewoon oefeningen doen die er ook vaak weer onder een bepaald kopje in stonden en het gaat heel vriendelijk. Het is niet zo dat je ik weet niet hoeveel kennis van een computer je moet hebben om erin te duiken. Ja. Dus dat vond ik op zich wel fijn.” – P4

Niet iedereen vond de tablet prettig in gebruik. Eén revalidant gaf duidelijk aan dat hij de tablet niet waardeerde: “Ja, precies, het programmeren. Ik vond het een on-ding, echt een on-ding.” – P1

Revalidanten en mantelzorgers waren over het algemeen positief over de inzet van de tablet tijdens DAGR. Allereerst werd de instructie aan het begin van het revalidatietraject gewaardeerd, hoewel één revalidant zich na meerdere tussentijdse ziekenhuisopnames niet kon herinneren een instructie te hebben ontvangen. Daarnaast benoemden zowel revalidanten als naasten specifiek het gemak van de behandelplanning via de digitale agenda en de mogelijkheid om meerdere mensen hierin inzage te geven: “Nou ja, de agenda. Dat wij ook wisten van de familie, of de mensen, er zitten 12 contacten in en die konden dan in de agenda kijken van daar ga ik vandaag niet op bezoek want ze is daar en daar. Of ze doet dit of dat. En dat vond ik echt heel fijn zodat ze wisten waar ze was, want ik kwam soms binnen en dan keek ik in de agenda die ze daar hebben.” – P10

Deelnemers noemden ook bezwaren. Ze merkten op dat de digitale agenda niet altijd klopte. Bovendien gaven sommige revalidanten aan dat de behandelaars hen niet aanmoedigden om het online oefenprogramma te gebruiken.

Discussie

In het huidige onderzoek inventariseerden we de haalbaarheid van DAGR vanuit de ervaringen en meningen van de revalidanten en hun naasten. Uit de semigestructureerde interviews kwamen als belangrijke thema's naar voren: omgaan met de gevolgen van de ziekte, tevredenheid met DAGR en digitale ondersteuning.

Omgaan met de gevolgen van ziekte

Tijdens DAGR werden patiënten zich bewust van hun kwetsbare gezondheid. Dit leidde tot onzekerheid. Ook naasten voelden zich onzeker over het ziektebeloop en ervoeren toename van dagelijkse taken en eenzaamheid. Dit komt overeen met de ervaringen van revalidanten en naasten tijdens intramurale geriatrische revalidatie¹⁴⁻¹⁶ en tijdens geriatrische thuisrevalidatie aansluitend aan een intramuraal geriatrisch revalidatietraject.¹⁷ In een scoping review over de kwaliteit van intramurale geriatrische revalidatie gezien vanuit het patiëntenperspectief kwam naar voren dat revalidanten behoefte hadden aan gesprekken over hun emoties en steun zochten bij de revalidatieprofessionals.¹⁵ Een systematische review naar interventies bij patiënten na een CVA concludeerde dat actief informeren een gunstig effect had op psychosociaal welbevinden.¹⁸ De toegenomen druk en eenzaamheid van naasten tijdens DAGR komen daarnaast overeen met de last die naasten van patiënten met een chronische aandoening in het algemeen ervaren.¹⁹ Het is mogelijk dat de steun die revalidanten en naasten vanuit het behandelteam ervoeren tijdens DAGR berust op het geven van toegesneden informatie en het stimuleren van fysieke activiteit. In deze studie is niet onderzocht of dit ook heeft geleid tot minder onzekerheid over het ziektebeloop en het effect van de revalidatie.

Tevredenheid met DAGR

Revalidanten en mantelzorgers waardeerden het contact met en de expertise van het revalidatieteam tijdens DAGR. Dit komt overeen met bevindingen uit de literatuur, waarbij de kennis en kunde van behandelaars worden benoemd als ondersteunend en motiverend.^{14-16,20} Het bevestigt het belang van een interdisciplinair DAGR-behandelteam met ruime ervaring binnen de geriatrische revalidatie.

Bij DAGR ontbreekt een voorgaande intramurale revalidatiefase, met als gevolg dat verwachtingen en doelen geïnventariseerd en besproken moeten worden. Bij het ontwerp van het zorgpad DAGR werd dit ondervangen door het traject te laten starten met een uitgebreid consult en face-to-face-gesprek tussen de specialist

ouderengeneeskunde, de revalidant en naaste. Daarnaast was er een kort wekelijks multidisciplinair overleg binnen het revalidatieteam, waarvan de resultaten door de behandelaren werden besproken tijdens de therapie. De voortgang van de revalidatie werd eenmaal per drie weken door de specialist ouderengeneeskunde afgestemd met de revalidant en de naaste. De positieve waardering van de studiedeelnemers bevestigt het belang van deze werkwijze.

Met betrekking tot de locatie van de behandelingen viel op dat sommige revalidanten het prettig vonden om in de oefenzaal van het revalidatiecentrum te trainen. Deze optie zou nadrukkelijker overwogen kunnen worden bij de start van DAGR, ook bij revalidanten zonder eigen vervoer.

Digitale ondersteuning

Revalidanten en naasten oordeelden overwegend positief over de functionaliteiten en het gebruiksgemak van de tablet en de applicaties. Daarnaast benoemden ze het belang hiervan voor reistijdreductie van het behandelteam, ook wanneer ze zelf face-to-face contact prefereerden. Dit onderschrijft de conclusies uit eerdere studies dat het gebruik van eenvoudige eHealth-toepassingen tijdens geriatrische revalidatie haalbaar is en wordt gewaardeerd.^{20,21} Het feit dat de applicaties grotendeels aansloten bij de digitale vaardigheden van de deelnemers, dat het gebruik werd ondersteund door een persoonlijke instructie bij aanvang van de revalidatie en dat digitaal contact werd gecombineerd met face-to-face behandelingen (blended care) heeft waarschijnlijk bijgedragen aan de acceptatie van de tablet. Dit komt overeen met eerder beschreven voorkeuren van gebruikers van eHealth-interventies tijdens ambulante geriatrische revalidatie.²²

Aandacht blijft nodig voor revalidanten en naasten die geen gebruik kunnen maken van digitale middelen. Zintuiglijke, fysieke en cognitieve stoornissen zijn bekende factoren die het gebruik van eHealth kunnen beperken.²² In onze studie was één revalidant niet in staat om de tablet te gebruiken. Dit werd opgevangen door het inschakelen van de naaste, gebruik te maken van telefonisch contact en door het aantal face-to-face consulten te verhogen. In het zorgpad DAGR zal daar ruimte voor moeten blijven bestaan.

Sterke en zwakke punten van dit onderzoek

Alle revalidanten die DAGR ontvingen en hun naasten werden in deze studie geïnccludeerd. Er was geen selectiebias. De interviews en de thematische analyse vonden plaats door een onafhankelijk onderzoeker, waarbij de resultaten werden nabesproken met twee eveneens onafhankelijke onderzoekers met ruime ervaring in wetenschappelijk onderzoek naar geriatrische revalidatie. Dit heeft de betrouwbaarheid en validiteit van de gegevens vergroot. Door het onderzoek direct bij de start

van het nieuwe behandeltraject uit te voeren, kan het perspectief van de revalidant en mantelzorger worden meegenomen bij de verdere ontwikkeling van het zorgpad DAGR, ook bij andere zorgaanbieders. Het aantal studiedeelnemers was beperkt door het kleine aantal aanmeldingen voor DAGR, waarschijnlijk omdat dit behandeltraject bij aanvang van de studie nog onvoldoende regionale bekendheid had. Op grond van deze studie is bovendien geen uitspraak te doen over doelgroep- en resultaatsverschillen tussen DAGR en andere kortdurende (intramurale) revalidatiebehandelingen.

Conclusie

Gebaseerd op de eerste ervaringen van revalidanten en hun naasten met DAGR is doorontwikkeling wenselijk en haalbaar. De integratie, aanvaardbaarheid en bruikbaarheid van DAGR kunnen worden bevorderd door het inzetten van professionals met ruime ervaring op het gebied van geriatrische revalidatie met aandacht voor de behoeften en emoties van zowel revalidanten als naasten. Van belang bij het gebruik van digitale hulpmiddelen zijn een persoonlijke instructie aan het begin van het revalidatietraject en de inzet van hard- en software die aansluiten bij de wensen en mogelijkheden van revalidanten en naasten. Voor de doorontwikkeling van DAGR is verder onderzoek noodzakelijk naar de ervaringen van een grotere groep revalidanten, naasten en overige stakeholders. Bij gebleken haalbaarheid zal vervolgens moeten worden gekeken naar doelgroepenkenmerken en revalidatieresultaten van DAGR ter verduidelijking van de plaats van DAGR ten opzichte van intramurale geriatrische revalidatie en andere kortdurende hersteltrajecten.

Literatuur

1. Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Prognose: bijna 18 miljoen inwoners, 19 miljoen in 2037 verwacht. 15-12-2023. Beschikbaar via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2023/50/prognose-bijna-18-miljoen-inwoners-19-miljoen-in-2037-verwacht> Geraadpleegd op 7 december 2025
2. Boucham M, Salhi A, El Hajji N, Gbenonsi GY, Belyamani L, Khalis M. Factors associated with frailty in older people: an umbrella review. *BMC Geriatr.* 2024 Sep 5;24(1):737. doi: 10.1186/s12877-024-05288-4
3. van Balen R, Gordon AL, Schols JMGA, Drewes YM, Achterberg WP. What is geriatric rehabilitation and how should it be organized? A Delphi study aimed at reaching European consensus. *Eur Geriatr Med.* 2019 Dec;10(6):977-987. doi: 10.1007/s41999-019-00244-7
4. Grund S, Gordon AL, van Balen R, Bachmann S, Cherubini A, Landi F, Stuck AE, Becker C, Achterberg WP, Bauer JM, Schols JMGA. European consensus on core principles and future priorities for geriatric rehabilitation: consensus statement. *Eur Geriatr Med.* 2020 Apr;11(2):233-238. doi: 10.1007/s41999-019-00274-1
5. 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 randomised controlled trials. *BMJ.* 2010 Apr 20;340:c1718. doi: 10.1136/bmj.c1718. PMID: 20406866

6. Wong EKC, Hoang PM, Kouri A, Gill S, Huang YQ, Lee JC, Weiss SM, Daniel R, McGowan J, Amog K, Sale JEM, Isaranuwatthai W, Naimark DMJ, Tricco AC, Straus SE. Effectiveness of geriatric rehabilitation in inpatient and day hospital settings: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med*. 2024 Nov 22;22(1):551. doi: 10.1186/s12916-024-03764-7
7. van Balen R, Gordon AL, Schols JMGA, Drewes YM, Achterberg WP. What is geriatric rehabilitation and how should it be organized? A Delphi study aimed at reaching European consensus. *Eur Geriatr Med*. 2019 Dec;10(6):977-987. doi: 10.1007/s41999-019-00244-7
8. Preitschopf A, Holstege M, Ligthart A, Groen W, Burchell G, Pol M, Buurman B. Effectiveness of outpatient geriatric rehabilitation after inpatient geriatric rehabilitation or hospitalisation: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2023 Jan 8;52(1):afac300. doi: 10.1093/ageing/afac300
9. Vereniging van Specialisten ouderengeneeskunde (Verenso). Triage Instrument Geriatrische Revalidatiezorg 2013. Beschikbaar via: <https://www.verenso.nl/assets/Thema-en-projecten/GRZ/Verensotriage-instrument-GRZversie-maart-2013.pdf>. Geraadpleegd op 14 december 2025
10. de Wit M, Cooper C, Tugwell P, Bere N, et al. Practical guidance for engaging patients in health research, treatment guidelines and regulatory processes: results of an expert group meeting organized by the World Health Organization (WHO) and the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO). *Aging Clin Exp Res*. 2019 Jul;31(7):905-915. doi: 10.1007/s40520-019-01193-8.
11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19:349-357. doi: 10.1093/intqhc/mzm042
12. Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, Cofta-Woerpel L, Linnan L, Weiner D, Bakken S, Kaplan CP, Squiers L, Fabrizio C, Fernandez M. How we design feasibility studies. *Am J Prev Med*. 2009 May;36(5):452-7. doi: 10.1016/j.amepre.2009.02.002
13. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, Mitnitski A. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005 Aug 30;173(5):489-95. doi: 10.1503/cmaj.050051
14. Fidler H, Jaski JJ, Elbertse E, van Loon AM, Monnier AA, de Boer ME, de Groot AJ. Parkinson rehabilitation in nursing homes: a qualitative exploration of the experiences of patients and caregivers. *Eur Geriatr Med*. 2022 Oct;13(5):1197-1210. doi: 10.1007/s41999-022-00647-z. Epub 2022 May 11.
15. Lubbe AL, van Rijn M, Groen WG, Hilhorst S, Burchell GL, Hertogh CPM, Pol MC. The quality of geriatric rehabilitation from the patients' perspective: a scoping review. *Age Ageing*. 2023 Mar 1;52(3):afad032. doi: 10.1093/ageing/afad032.
16. Tijssen LMJ, Derksen EWC, Achterberg WP, Buijck BI. A Qualitative Study Exploring Rehabilitant and Informal Caregiver Perspectives of a Challenging Rehabilitation Environment for Geriatric Rehabilitation. *J Patient Exp*. 2023 Jan 17;10:23743735231151532. doi: 10.1177/23743735231151532.
17. Preitschopf A, Holstege M, Ligthart A, Buurman B, Pol M. The design elements of outpatient geriatric rehabilitation from patient, healthcare professional, and organizational perspective; a qualitative study. *Disabil Rehabil*. 2025 Apr;47(7):1688-1696. doi: 10.1080/09638288.2024.2377818
18. van Nimwegen D, Hjelle EG, Bragstad LK, Kirkevold M, Svein U, Hafsteinsdóttir T, Schoonhoven L, Visser-Meily J, de Man-van Ginkel JM. Interventions for improving psychosocial well-being after stroke: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2023 Jun;142:104492. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2023.104492. Epub 2023 Mar 28. PMID: 37084476.
19. Corry M, Neenan K, Brabyn S, Sheaf G, Smith V. Telephone interventions, delivered by healthcare professionals, for providing education and psychosocial support for informal caregivers of adults with diagnosed illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 May 14;5(5):CD012533. doi: 10.1002/14651858

20. Preitschopf AD, Pol M, Buurman B, Holstege M. Home-based geriatric rehabilitation after inpatient rehabilitation: a redesign and feasibility study. *BMC Geriatr*. 2025 Jun 2;25(1):398. doi: 10.1186/s12877-025-06043-z
21. Kraaijkamp JJM, van Dam van Isselt EF, Persoon A, Versluis A, Chavannes NH, Achterberg WP. eHealth in Geriatric Rehabilitation: Systematic Review of Effectiveness, Feasibility, and Usability. *J Med Internet Res*. 2021 Aug 19;23(8):e24015. doi: 10.2196/24015
22. Zonneveld MBG, Pol MC, Achterberg WP, Françoise van Dam van Isselt E. Identifying Stakeholder Values for an eHealth Intervention to Facilitate Home-Based Geriatric Rehabilitation: A Qualitative Multi-Method Approach. *Inquiry*. 2025 Jan-Dec;62:469580251347139. doi: 10.1177/00469580251347139