



Universiteit
Leiden
The Netherlands

The road to successful geriatric rehabilitation

Holstege, M.S.

Citation

Holstege, M. S. (2017, October 5). *The road to successful geriatric rehabilitation*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/58769>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/58769>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Cover Page



Universiteit Leiden



The handle <http://hdl.handle.net/1887/58769> holds various files of this Leiden University dissertation

Author: Holstege, M.S.

Title: The road to successful geriatric rehabilitation

Issue Date: 2017-10-05

CHAPTER 9

Samenvatting

INTRODUCTIE

Als gevolg van de stijgende levensverwachting en betere behandel mogelijkheden voor chronische ziekten en acute zorg, neemt de omvang van de populatie ouderen toe. Tegelijkertijd is de verwachting dat hiermee de groep kwetsbare ouderen met multi-morbiditeit groeit. Voor deze specifieke populatie is geriatrische revalidatie belangrijk, omdat het een positief effect heeft op het functioneren van de patiënt na ziekenhuis-opname, het leidt tot minder heropnamen in het verpleeghuis en het ziekenhuis en verlaagt de kans op overlijden.

Geriatrische revalidatie bestaat uit geïntegreerde multidisciplinaire zorg die gericht is op verwacht herstel van functioneren, en participatie bij laag belastbare ouderen na een acute aandoening of functionele achteruitgang. Internationaal zijn er veel verschillen in de organisatie van geriatrische revalidatie. In Nederland vindt geriatrische revalidatie plaats op revalidatieafdelingen in gespecialiseerde verpleeghuizen. We staan echter, door het relatief jonge vakgebied, nog maar aan het begin van “de weg” waarop we verkennen wat er nodig is in de organisatiestructuur en revalidatieprocessen om succesvolle revalidatiezorg te kunnen realiseren.

Momenteel zijn er nauwelijks kwalitatief goede studies beschikbaar die gericht zijn op verbetering van de kwaliteit van geriatrische revalidatie. In het bijzonder wordt hier bedoeld onderzoeken van geriatrische revalidatie met als uitkomst succesvolle revalidatie, zoals ontslag naar huis met een goed niveau van fysiek functioneren en optimalisatie van de opnameduur door verbetering van revalidatieprocessen.

Het doel van dit proefschrift is om verschillende aspecten van de organisatiestructuur en revalidatie processen in geriatrische revalidatie te onderzoeken in relatie tot succesvolle revalidatie.

DEEL 1. ASPECTEN VAN SUCCESVOLLE GERIATRISCHE REVALIDATIE

Hoofdstuk 2 richt zich op de relatie tussen organisatiestructuur (hoeveelheid patiënten en concentratie van doelgroepen), als synoniem voor specialisatie, en geriatrische revalidatie uitkomsten. Tot nu toe is er weinig bekend over de optimale organisatie die nodig is binnen de geriatrische revalidatie.

In de studie in hoofdstuk 2 werd in 88 verpleeghuizen de relatie tussen patiënt-volume (hoeveelheid patiënten) en concentratie van doelgroepen op de uitkomst van geriatrische revalidatie onderzocht, met als uitkomstmaat “korte opnameduur in het verpleeghuis en ontslag naar huis”. Per geriatrische revalidatieafdeling was het volume gebaseerd op het aantal ontslagen patiënten per kwartaal, en werd ingedeeld laag-, midden- en hoog-volume instelling. Als minimaal 80% van de opgenomen patiënten

op een geriatrie revalidatieafdeling bestond uit 1 of 2 diagnostische groepen werd deze afdeling gedefinieerd als “geconcentreerd”. Kenmerken van verpleeghuizen werden verzameld door gestructureerde (telefonische) interviews met locatiemanagers. 88 verpleeghuizen en 2269 geriatrie revalidatiepatiënten met een gemiddelde leeftijd van 78 jaar, hebben deelgenomen aan deze studie.

Deze studie laat zien dat een hoge concentratie, en niet het patiënt-volume, gerelateerd blijkt aan een kortere opnameduur met ontslag naar huis bij patiënten na een electieve operatie (bijna altijd een totale heup of totale knie vervanging). Deze relatie werd niet gevonden bij patiënten met een heupfractuur of een beroerte. Patiënten met een heupfractuur, die revalideerden op een geconcentreerde afdeling, hadden wel een grotere kans op ontslag naar huis, in vergelijking met heupfractuur patiënten verblijvend op een niet-geconcentreerde afdeling.

Meer onderzoek is nodig om te onderzoeken of de concentratie van doelgroepen en patiënt-volume goede indicatoren zijn voor specialisatie, en om te bepalen welke aspecten van organisatiestructuur een gunstige invloed hebben op succesvolle geriatrie revalidatie in termen van kosteneffectiviteit en succesvolle patiënt uitkomsten.

Electieve orthopedie betreft “geplande zorg” in tegenstelling tot acute opname na bijvoorbeeld een beroerte of heupfractuur. De groep electieve orthopedie patiënten is bijzonder geschikt voor preoperatieve screening en beoordeling van het preoperatief functioneren. In **hoofdstuk 3** van dit proefschrift hebben we onderzocht of bij ouderen preoperatieve kracht van de spiergroepen van de onderste extremiteit samenhangt met postoperatief functioneel herstel na een totale heupvervanging. In totaal namen 55 patiënten met een gemiddelde leeftijd van 73 jaar deel aan deze studie. Baseline metingen vonden plaats binnen 2 weken voor de operatie, en de follow-up 6- en 12 weken na de operatie. Deze metingen bestonden uit isometrische krachtmeting van de heup- en knie spiergroepen. Fysiek functioneren werd getest met behulp van uitvoeringsgerichte meetinstrumenten (functionele mobiliteit) en zelf-gerapporteerd functioneren (fysiek en cognitief functioneren) en pijn.

De conclusie van deze studie is dat een preoperatieve grotere kracht van de kniestrekkers (mm. Quadriceps) van de geopereerde zijde is geassocieerd met een beter zelf gerapporteerd fysiek functioneren (WOMAC-PF) 12 weken na de operatie, bij patiënten met een totale heup vervanging. In deze studie werd geen verband gevonden met de uitvoeringsgerichte uitkomstmaten voor functionele mobiliteit, en voor zelf gerapporteerd cognitief functioneren en pijn. Inzicht in (preoperatieve) voorspellers van postoperatief fysiek functioneren in de geriatrie revalidatie geeft informatie over herstel mogelijkheden en kan daardoor mogelijk helpen bij het verbeteren van de kwaliteit van de ontslagplanning.

DEEL 2. INITIATIEVEN OM GERIATRISCHE REVALIDATIE TE VERBETEREN

De algemene organisatie van de geriatrische revalidatie is complex door de versnippering van de zorg waarin veel verschillende partijen (medisch specialisten, professionals en instellingen) betrokken zijn bij het zorgproces. Hoewel er internationaal pogingen zijn gedaan om de kwaliteit van de zorg bij kwetsbare ouderen te verbeteren, is deze niet specifiek gericht op geriatrische revalidatiepatiënten en revalidatieafdelingen in gespecialiseerde verpleeghuizen. Bovendien is er weinig bekend over de perspectieven van professionals (zorgverleners, behandelaren, specialisten ouderengeneeskunde), patiënten en mantelzorgers over de kwaliteit van de zorg tijdens deze verbeterinitiatieven.

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in 2011 een nationaal programma ('Proeftuinen geriatrische revalidatie') geïnitieerd om de kwaliteit van geriatrische revalidatie te verbeteren. De 'Synergie en Innovatie in Geriatrische revalidatie' (SINGER) studie is uitgevoerd tijdens de implementatie van dit nationale programma. 16 verpleeghuizen namen deel aan deze studie.

Een eerste deel van de SINGER studie (**hoofdstuk 4**) beschrijft de veranderingen in de geriatrische revalidatie zorg- en behandelprocessen ervaren door professionals (specialisten ouderengeneeskunde, fysiotherapeuten en verpleegkundigen) en patiënten en hun mantelzorgers. Gedurende drie opeenvolgende cohorten, hebben professionals bij 1075 patiënten bij opname en ontslag vier domeinen van zorg- en behandelprocessen geëvalueerd (afstemming op behoeften van patiënten, zorgcoördinatie, team samenwerking en kwaliteit van zorg). Daarnaast hebben deze patiënten (gemiddelde leeftijd 79 jaar) en hun mantelzorgers vier weken na ontslag van de revalidatie afdeling hun eigen ervaringen met deze domeinen beoordeeld.

Tijdens dit nationale programma ter verbetering van de kwaliteit van geriatrische revalidatie, werden door professionals kleine positieve effecten gevonden in team samenwerking ('triage voor intensieve behandeling' en 'informatie overdracht tussen professionals'). Er werden minder verbeteringen gevonden op de domeinen: afstemming op behoeften van patiënten, zorgcoördinatie en de kwaliteit van de zorg. Eén jaar na de uitvoering van het nationale programma was de mate van tevredenheid van patiënten en mantelzorgers met de geriatrische revalidatieprocessen vergelijkbaar met de start van het programma. Deze studie geeft inzicht in de doorontwikkelingsrichting voor het optimaliseren van geïntegreerde zorg, gebaseerd op de vier domeinen van zorg en behandelprocessen.

Een tweede deel van de SINGER studie (**hoofdstuk 5**), beschrijft de veranderingen in resultaten van de revalidatie op patiëntniveau. We kozen als uitkomstmaat succesvol revalideren. Succesvolle geriatrische revalidatie werd gedefinieerd als onafhankelijkheid in algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) bij ontslag in combinatie met ontslag naar huis na een korte opnameduur in het verpleeghuis.

Hiervoor zijn twee groepen oudere patiënten met elkaar vergeleken, te weten; Eén groep patiënten een jaar na de start van dit nationale programma, in vergelijking met een groep patiënten bij start van het programma. In totaal namen 743 patiënten (gemiddelde leeftijd 80 jaar) uit 16 verpleeghuizen, die voor geriatrische revalidatie in aanmerking kwamen en hun professionals (specialisten ouderengeneeskunde, fysiotherapeuten en verpleegkundigen) deel aan deze studie.

Eén jaar na de uitvoering van de proeftuinen geriatrische revalidatie bleek het percentage ouderen dat zelfstandig functioneerde in ADL na geriatrische revalidatie met 12% te zijn toegenomen. De gecombineerde uitkomstmaat van succesvolle revalidatie (onafhankelijkheid in ADL en ontslag naar huis met een korte opnameduur in het verpleeghuis) was alleen verbeterd bij patiënten met geriatrische revalidatie na een heupfractuur.

Deze gecombineerde uitkomstmaat (onafhankelijkheid in ADL, ontslag naar huis met een korte opnameduur in het verpleeghuis) blijkt een generieke uitkomstmaat voor de totale populatie die voor geriatrische revalidatie in aanmerking komt. Deze generieke maat maakt het mogelijk om de prestaties te vergelijken binnen de diagnostische groepen (heupfractuur, totale heup- en totale knie vervanging, beroerte en overige groep) en tussen faciliteiten voor geriatrische revalidatie, gecorrigeerd voor verschillende patiënt en organisatie kenmerken.

Voor de toekomst lijkt het wenselijker als het 'patiënt perspectief' van succesvolle revalidatie op functioneel en participatieniveau (bijvoorbeeld d.m.v. "goal attainment scaling") een belangrijk onderdeel uitmaakt van de uitkomst succesvol revalideren.

In geriatrische revalidatie is tijdige ontslagplanning belangrijk voor het revalidatieproces en kan mogelijk van invloed zijn op de revalidatie uitkomsten voor de patiënt. Tijdig ontslag naar huis heeft een positief effect op het verbeteren van ADL functioneren na ontslag uit het verpleeghuis vooral bij patiënten die revalideren na een beroerte of heupfractuur. Een mogelijke verklaring is dat ADL activiteiten sneller worden hervat in de thuissituatie. In het geval dat er minimale ondersteuning van zorg noodzakelijk is tijdens de avond en nacht, kan dit ook worden geboden door een thuiszorgorganisatie en/of mantelzorger. Geriatrische revalidatie kan vervolgens worden voortgezet met ambulante revalidatie in het verpleeghuis of thuis. Er zijn echter geen instrumenten beschikbaar om na te gaan of ontslag naar huis mogelijk is op basis van het benodigde aantal verpleegkundige steuntaken.

De BACK-HOME studie (**hoofdstuk 6**) evalueert of het wekelijks scoren van de verpleegkundige steuntakenscorelijst in de avond en nacht, en het bespreken van de resultaten in het multidisciplinaire team overleg, leidt tot afname van de opnameduur in het verpleeghuis bij geriatrische revalidatiepatiënten. De BACK-HOME studie is een interventie studie met een referentie-cohort (n = 200) en een BACK-HOME implementatie-cohort (n = 283), waaraan 4 verpleeghuizen deelnamen. Voorafgaand aan de

interventie (referentie cohort) is de gemiddelde verblijfsduur van de revalidanten in de verschillende instellingen vastgesteld. In het BACK-HOME implementatie cohort is gedurende 1 jaar de steuntakenscorelijst wekelijks gescoord gedurende de avond en nacht door getrainde verpleegkundigen. De uitkomsten van de steuntakenscorelijst werd besproken in het multidisciplinaire team overleg. Wanneer er sprake was van maximaal 2 steuntaken in de avond werd de mogelijkheid tot ontslag besproken. Bij opname werden patiëntkarakteristieken en woonsituatie (voor ziekenhuisopname) geregistreerd. Bij ontslag werd de opnameduur en eventuele barrières voor ontslag door verpleegkundigen geregistreerd.

Deze studie concludeert dat het gebruik van de verpleegkundige steuntakenscorelijst in de geriatrische revalidatie leidt tot eerder ontslag uit een verpleeghuis naar huis, alleen als er geen woningaanpassingen noodzakelijk blijken te zijn.

Het gebruik van de verpleegkundige steuntakenscorelijst kan helpen patiënten te herkennen die mogelijk met ontslag naar huis zouden kunnen gaan. De uitkomsten van de steuntakenscorelijst worden besproken in een multidisciplinair teamoverleg om vast te stellen of ontslag naar huis haalbaar is. Dit houdt in dat het verplegend personeel een prominente rol speelt in de ontslagplanning. Er is echter meer onderzoek nodig om de potentiële voordelen van vroegtijdig ontslag in geriatrische revalidatie te onderzoeken alsook de effecten op de lange termijn op patiënt functioneren, participatie, zorgconsumptie en kosteneffectiviteit.

TOT SLOT

Geriatrische revalidatie is een relatief jong onderzoeksgebied, meer evidence based practice, expertise en kennis uitwisseling is noodzakelijk. Bij het streven naar verbetering in de kwaliteit van de geriatrische revalidatie, is meer onderzoek en ontwikkeling op de verschillende aspecten van organisatiestructuur en revalidatieprocessen nodig. Voorbeelden hiervan zijn gecoördineerde multidisciplinaire zorg, tijdige ontslagplanning, evaluatie van barrières voor ontslag, en de ontwikkeling van een systematische evaluatie met gestandaardiseerde uitkomstmaten. Daarnaast is de ontwikkeling van patiëntgerichte zorg met actieve betrokkenheid van de patiënt en mantelzorger, in het stellen van revalidatie doelen, het rapporteren over de resultaten en de besluitvorming, belangrijk om de kwaliteit van de zorg te optimaliseren. Een goede infrastructuur voor onderzoek en ontwikkeling in het verpleeghuis (zoals een academisch verpleeghuis netwerk) is nodig om gecoördineerd onderzoek in geriatrische revalidatie mogelijk te maken en om onderzoeksresultaten te implementeren in de dagelijkse praktijk.



APPENDIX

Bibliography

Dankwoord

Curriculum Vitae

