

# Colofon

## Hoofdredacteur

Dr. Jos W.P.M. Konings

## Redactie

Prof. dr. Wilco P. Achterberg  
Drs. Agda M.J. van Dijk  
Drs. Jacobien F. Erbrink  
Drs. Aafke J. de Groot  
Drs. Martin W.F. van Leen  
Dr. Dika H.J. Luijendijk  
Drs. Lonneke G.J.A. Schuurmans

## Eindredactie

Marjolijn Bontje, DCHG  
Judith Heidstra, Verenso

## Redactieadres en inleveren kopij

Bureau Verenso, Judith Heidstra  
Postbus 20069, 3502 LB UTRECHT  
redactie@verenso.nl

## Abonnementen

Abonnementen € 59,25 per kalenderjaar.  
E-mail: info@dchg.nl

## Uitgever, eindredactie en advertenties

DCHG medische communicatie  
Hendrik Figeeweg 3G-20  
2031 BJ Haarlem  
Telefoon: 023 5514888  
Fax: 023 5515522  
E-mail: marjolijn.bontje@dchg.nl  
www.dchg.nl  
issn: 1879-4637

## Fotografie

Mieke Draijer: Mustafa Gumussu

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever en de vereniging Verenso, specialisten in ouderengeneeskunde.

Copyright© 2011

# Inhoudsopgave

166 Redactioneel

## Plenaire presentatie

167 Samenwerken en innoveren in de geriatrische revalidatie  
173 Naar een breder perspectief op herstelzorg

## Even voorstellen

179 Nieuw redactielid

## Praktijkartikel

180 Triage voor geriatrische revalidatie

## Amuse

189 Oost west, thuis best?

## Wetenschappelijk artikel

190 Literatuuronderzoek naar valangst

## Pilotstudie

197 Kan 24-uursverblijf tijdens AWBZ-revalidatie korter?

## Wetenschappelijk artikel

200 Geriatrische revalidatie van patiënten met een CVA in verpleeghuizen: een studieprotocol

## Gesignaleerd

208 Uit de kaderopleiding geriatrische revalidatie

## Bureau Verenso

210 Gaat u in 2012 het Verenso Jaarcongres organiseren?

## Van de voorzitter

211 Overhevalidatie? Over revalidatie!

## Bureau Verenso

212 Inschaling FWG specialisten ouderengeneeskunde: zo kan het ook!

## Leergang Ouderengeneeskunde

214 Leergang Ouderengeneeskunde

## Boekbespreking

215 Alles is revalidatie

## Ouderengeneeskunde 2.0

219 Ouderengeneeskunde 2.0

## Richtlijnen voor de auteurs

# Revalideren, functioneren en participeren; geriatrische revalidatie in de 21ste eeuw

Jos Konings, hoofdredacteur



“Geriatrische revalidatie is geïntegreerde multidisciplinaire zorg, gericht op verwacht herstel van functioneren en participatie bij laagbelastbare ouderen na een acute aandoening of functionele achteruitgang”, zo luidt de definitie conform de aanbevelingen van de werkgroep geriatrische revalidatie van Verenso.

Wilco Achterberg, hoogleraar Institutionele zorg en Ouderengeneeskunde, opent het plenaire inhoudelijke gedeelte van het Jaarcongres 2011 met zijn voordracht “Geriatrische revalidatie: toen, nu en straks”. Hij begint zijn verhaal met verwijzingen naar de middeleeuwse caritas en het slagveld van de eerste wereldoorlog die beide mede een basis vormen voor de ontwikkeling van de medische discipline revalidatie. Hij bespreekt ondermeer het onderscheid tussen de geriatrische en de reguliere revalidatie en eindigt zijn verhaal met de ontwikkelingen rond overheveling van de geriatrische revalidatie van AWBZ naar Zorgverzekeringswet in 2013 en gewenst toekomstig wetenschappelijk onderzoek. Het verslag van zijn presentatie is in dit themanummer opgenomen.

Jan Coolen, directeur Zorgondersteuning Cordaan en tevens plenaire spreker, houdt zijn rede onder de titel “Revalidatie bij kwetsbare ouderen: hoe krijgen we echt transmurale zorg?”. Hij gaat in op welke invulling van geriatrische revalidatie past bij de dynamiek rond kwetsbare ouderen. Drie onderwerpen vragen naar zijn oordeel speciale aandacht: de veranderende zorgvraag, de gewenste invulling van herstellzorg en organisatie en financiering. Er is, zo stelt Coolen, een verschuiving nodig in de gewenste aanpak: van zorgproducten voor klinische revalidatie naar zorgstandaarden voor ketensamenhang. Ten slotte bespreekt hij twee voorbeelden van proeftuinen voor geriatrische revalidatiezorg.

In dit congrethemanummer is tevens een artikel over triage voor geriatrische revalidatie opgenomen van Romke van Balen, specialist ouderengeneeskunde bij Laurens Antonius Binnenweg te Rotterdam en senioronderzoeker aan het LUMC te Leiden. Differentiatie en specialisatie in de revalidatie/herstelperiode van kwetsbare ouderen na ziekenhuisopname kunnen leiden tot betere uitkomsten.

Daarvoor is het noodzakelijk gebruik te maken van een triage-instrument, gehanteerd door gekwalificeerde transfeerverpleegkundigen en niet door de behandelend medisch specialisten, zo stelt Van Balen prikkelend.

Van Jan Visschedijk, specialist ouderengeneeskunde bij Zorggroep Solis te Deventer, et al. is een bijdrage afkomstig over literatuuronderzoek naar valangst na een heupfractuur. Het is de Nederlandse vertaling en bewerking van een artikel dat eerder verscheen in *Journal of the American Geriatrics Society*. Er is gekeken naar de prevalentie van valangst na een heupfractuur, naar de gebruikte meetinstrumenten, naar de factoren die mogelijk van invloed zijn op valangst en naar de mogelijke interventies die valangst kunnen verminderen. Met name interventiestudies waren schaars.

Eduard Bakkers, fysiotherapeut Zorginstellingen Pieter van Foreest te Delft, et al. bespreekt de vraag of 24-uursverblijf tijdens AWBZ-revalidatie korter kan aan de hand van een pilotstudie met een avond/nacht steuntakenscorelijst. Uit de pilot blijkt dat bij 38 van de 66 AWBZ-revalidanten het mogelijk is om aan de hand van systematische signalering door verzorgenden duidelijk te maken dat 24-uursverblijf niet langer noodzakelijk is. En daarmee kan het aantal verpleegdagen met 29% worden teruggebracht. Een bevinding die nadere aandacht verdient.

Van Monica Spruit-van Eijk, specialist ouderengeneeskunde bij Zorgcombinatie Nieuwe Maas Het Zonnehuis te Vlaardingen, et al. is er een vertaalde bijdrage uit *BMC Geriatrics*. Het betreft een studieprotocol over geriatrische revalidatie van patiënten met een CVA in verpleeghuizen. Het studieprotocol is gericht op het vinden van determinanten die zorgdragen voor een succesvolle revalidatie.

In de parallelsessies van het congres is er ook aandacht voor andere vormen van revalidatie, zoals hartrevalidatie, COPD-revalidatie en cognitieve revalidatie; dit wordt in dit themanummer niet besproken.

Ik wens u een leerzaam congres toe.

Correspondentieadres  
redactie@verenso.nl

# Samenwerken en innoveren in de geriatrische revalidatie

Prof. dr. W.P. (Wilco) Achterberg, specialist ouderengeneeskunde, hoogleraar Institutionele Zorg en Ouderengeneeskunde, afdeling Public health en Eerstelijnsgeriatrie, Leids Universitair Medisch Centrum

## GESCHIEDENIS REVALIDATIE

Revalideren betekent letterlijk: weer goed maken. Het begrip is ontstaan als een uitbreiding van de directe medische zorg na een trauma of ziekte met als doel het opnieuw verkrijgen van een toestand waarbij de patiënt een productief en sociaal geïntegreerd persoon kan zijn. Het zorgen voor hen die minder goed meekonden is eeuwenlang voornamelijk gedreven geweest door de liefdadigheid (caritas), met name door de kerk georganiseerd. In het begin van de vorige eeuw begon dat langzaam te veranderen, vooral tijdens de eerste wereldoorlog. Het begrip revalideren kreeg betekenis en de aandacht van legerofficieren, toen miljoenen gewonden weer moesten leren mee te doen op het slagveld, of later thuis, weer in de gewone maatschappij. Hierna kreeg het nog niet direct de erkenning die het nu heeft, mogelijk omdat men dacht dat er nooit meer zo'n grote oorlog zou komen. Het uitbreken van de tweede wereldoorlog, met wederom een grote hoeveelheid (soms tijdelijk) gehandicapten door verwondingen, was waarschijnlijk de doorslaggevende impuls voor het verder uitwerken van deze discipline. Het leger heeft dus in zekere zin aan de basis gestaan van de revalidatiegeneeskunde. In de Verenigde Staten is de formele erkenning van de revalidatiegeneeskunde in 1958 gekomen, met Howard Rusk als een van de pioniers. Hij stelde dat de doelen van de revalidatiegeneeskunde waren: het elimineren van de lichamelijke beperkingen indien mogelijk, het verzachten van de handicap en het trainen van de persoon met een resthandicap zodat hij kan leven en werken naar eigen vermogen. Achterliggende imperatieven zijn altijd deels moreel geweest ('het is niet genoeg een gewonde of zieke in leven te houden, het moet ook een zinvol leven zijn') en deels economisch: de financiële lasten van handicaps voor de samenleving moesten worden verminderd.

## GESCHIEDENIS VERPLEEGHUIS/GERIATRISCHE REVALIDATIE

Vanaf de Middeleeuwen was het vooral de caritas ('christelijk naastenliefde') waar oude en behoeftige mensen enige steun en zorg van konden verwachten/ontvangen. Twee voorbeelden uit Amsterdam en Leiden kunnen dit illustreren.

Omstreeks 1610 was in Amsterdam het Roomsche Catholijke Oude Armen Kantoor (RCOAK) al een hechte organisatie. In de negentiende eeuw ging dit RCOAK zich, naast de

ondersteuning van stille armen, toeleggen op de exploitatie van het St.-Jacobsgesticht (1866), het grootste katholieke 'oudeliedenhuys' in Nederland. Sint Jacob bestaat nog altijd en maakt sinds enkele jaren deel uit van een grote zorgcoöperatie in Amsterdam (zie foto 1).

Jan Dirc Coenensz en zijn vrouw kochten in 1428 in Leiden



Foto 1: Gestart als St Jacobsgesticht in 1866, doet Sint Jacob aan de Plantagemiddenlaan in Amsterdam nu dienst als verpleeghuis, met onder andere ook een CVA-revalidatieafdeling

een huis met erf om een gasthuys te stichten en er zieke vrouwen te laten verzorgen (zie foto 2). Vrouwen die zo ziek waren dat ze de parochiekerk niet meer konden bezoeken kwamen voor opname in aanmerking. De verzorging van de zieken kwam in handen van de gasthuysmoeder. Zij werd bijgestaan door een "maerte" die in navolging van de heilige Martha haar werk van barmhartigheid verrichtte. Beide dames hadden daaraan handen vol werk. De zorg aan de patiënten begon al om zes uur in de morgen met het verstrekken van voedsel. In een mandje bij het bed werden bier, brood, kaas en melk bewaard.

Na de tweede wereldoorlog nam de overheid de verantwoordelijkheid van de caritas en kerk steeds meer over. Een van de peilers van de verzorgingsstaat was de AWBZ, die vanaf 1968 zorgde voor een enorme groei van het aantal verpleeghuizen, en ook voor een sterke groei in de kwaliteit van deze instellingen. De meeste verpleeghuizen begonnen als een ziekenhuys voor chronische zieken. Al vanaf de invoering van de AWBZ hebben verpleeghuizen revalidatiepatiënten opgenomen, maar sinds de jaren 80 van de vorige eeuw



Foto 2: het Sint Elisabethsgasthuishofje in Leiden

is dit meer georganiseerd gebeurd, onder andere gestimuleerd door CVA-ketenprojecten. Werd er jarenlang gesproken over somatische revalidatiezorg, bijvoorbeeld bij de beschrijving van het ZZP-9 pakket, vorig jaar is na lang lobbyen door onder andere Verenso, de term geriatrische revalidatiezorg officieel erkend in het ministerieel taalgebruik.

## AARD EN OMVANG GERIATRISCHE REVALIDATIE

Jaarlijks worden er nu 25.000-30.000 patiënten vanuit de ziekenhuizen opgenomen ter verder herstel/revalidatie en bij 60% lukt het hen weer te ontslaan naar hun oorspronkelijke woonomgeving, na een gemiddelde opnameduur van twee maanden.

Ongeveer 10% van de patiënten overlijdt tijdens de opname en voor de overige 30% is een (interne) verhuizing naar een verzorgingshuis of verpleeghuis noodzakelijk.

Aan de revalidatie gaat in 93% een ziekenhuisverblijf (mediane duur; 14 dagen) vooraf vanwege een gewrichtsvervangende ingreep (19%), een beroerte (24%), letsel ten gevolge van een trauma (26%) of een andere reden (zoals buikoperatie, pneumonie, hartfalen: 31%). De patiënten zijn oud (gemiddelde leeftijd van de vrouwen 81 jaar; van de mannen 78 jaar) en hebben gemiddeld vier nevendagnosen. Daarnaast zijn er frequent problemen op het gebied van ADL, mobiliteit, cognitie, stemming, communicatie en gedrag. Hoewel het dagelijks functioneren van de patiënten gedurende het revalidatieverblijf gemiddeld verbetert, bereikt 53% van de patiënten niet het functionele niveau in ADL en mobiliteit van vóór de ziekenhuisopname. De meerderheid wordt dus niet 'de oude' maar leert zich aanpassen aan een lager niveau van functioneren (ETC Tangram-PHEG/LUMC Verpleeghuisgeneeskunde, 2008).

Hierbij spelen persoonlijke factoren en omgevingsfactoren, naast het functieniveau, een doorslaggevende rol.

## WEL HERSTEL, GEEN GERIATRISCHE REVALIDATIE?

Een kleinere groep van patiënten (het precieze aantal is niet bekend) herstelt aansluitend aan een ziekenhuisopname in verpleeghuizen en verzorgingshuizen zonder dat er sprake is van comorbiditeit die de belastbaarheid en leerbaarheid vermindert. Met andere woorden, deze patiënten zijn niet chronisch ziek en behoren ook niet tot de kwetsbare ouderen (frail elderly). Een combinatie van ongeschikte woonomstandigheden, ontbrekende mantelzorg en benodigde intensieve verpleging maakt tijdelijk verblijf in een instelling noodzakelijk. De behandeling is beperkt (bijvoorbeeld alleen fysiotherapie) en het opstellen van een multidisciplinair behandelplan is niet altijd nodig. Het is opvallend dat, hoewel het aantal revalidanten zoals eerder gemeld tussen de 25-30 duizend ligt (ETC-Tangram/LUMC), uit AZR- en CIZ-gegevens blijkt dat er de laatste jaren wel 50-60 duizend ZZP 9 patiënten per jaar zijn. Mogelijk komt dit mede door 'vervuiling' met patiënten waarbij wel herstelzorg aangewezen is, maar geen echte geriatrische revalidatie volgens de definitie. Zo zijn er zeer veel instellingen (ook verzorgingshuizen) die minder dan 10 ZZP-9 patiënten per jaar hebben! Het is natuurlijk de vraag of er sprake kan zijn van een goed revalidatieteam en een goed revalidatieklimaat bij een zo laag aantal patiënten per jaar. De discussie omtrent de optimale grootte van een revalidatie-unit is volop gaande (zie ook van Mantgem en Spek, 2011), in de bijdrage van Jan Coolen op het jaarcongres komt deze discussie ook aan de orde (zie ook pagina 172).

## ONDERSCHIED GERIATRISCHE REVALIDATIE EN 'REGULIERE' REVALIDATIE

De geriatrische revalidatie verschilt in methode niet van de revalidatie zoals die in revalidatiecentra wordt geboden. De doelgroep is wel anders. Door pre-existente of nieuw ontstane comorbiditeit zijn geriatrisch revalidatiepatiënten minder belastbaar, minder trainbaar en minder in staat tot het volgen van intensieve revalidatieprogramma's. Ze zijn medisch instabieler en maken tijdens de revalidatieperiode meerdere intercurrente ziekten en/of complicaties door.

In de praktijk is het meestal duidelijk waar en onder wiens medische regie de oudere patiënt intramuraal moet worden gerevalideerd. De revalidatiearts is medisch specialist in revalidatievraagstukken, de specialist ouderengeneeskunde in complexe multimorbiditeit. Een oudere patiënt zonder complexe multimorbiditeit en met voldoende begrip van de situatie, die in voldoende mate leerbaar en trainbaar is, wordt behandeld door de revalidatiearts in het revalidatiecentrum, terwijl de patiënt met complexe multimorbiditeit, met als gevolg verlaagde belastbaarheid en verminderde leerbaarheid, wordt behandeld door de specialist ouderengeneeskunde in het voor geriatrische revalidatie geoutilleerde verpleeghuis. Indien voor het herstel beide specialisten



nodig zijn, wordt het verblijf bepaald door de hoofdbehandelaar. Af en toe kan nadien een overplaatsing nodig zijn. In het verpleeghuis is de revalidatiearts doorgaans consultant voor revalidatievraagstukken.

Geriatrische revalidatiezorg bestaat uit geïntegreerde multidisciplinaire zorg gericht op herstel van functioneren en sociale participatie bij laag belastbare ouderen, na een acute aandoening of functionele achteruitgang. Er wordt gestreefd naar een zodanig herstel op het niveau van activiteiten en participatie, dat terugkeer naar de oude woonsituatie mogelijk is. De geriatrische revalidant wordt gekenmerkt door verhoogde somatische, psychische en sociale kwetsbaarheid en regieverlies over het eigen leven ('frailty'). Vaak is er sprake van concrete beperkingen en multimorbiditeit. Geriatrische revalidatie vindt plaats onder verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde.

## OVERHEVELING GERIATRISCHE REVALIDATIE EN DE PROEFTUINEN

De intramurale geriatrische revalidatiezorg wordt op dit moment bekostigd vanuit de AWBZ, na een CIZ-indicatie voor ZZP-9. Deze zorg wordt in 2013 echter overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet, waarbinnen vanaf 2014 financiering plaats zal vinden op basis van DBC's. Indexering zal dan niet meer plaats vinden via het CIZ, maar via een indicatie door een medisch specialist, zoals dat geldt voor alle DBC's. Wel zal er voor dit DBC een triage gaan plaatsvinden. Verenso heeft van VWS de opdracht gekregen dit triage-instrument te ontwikkelen.

Reden van de overheveling is dat de revalidatiezorg behandeling is, kortdurend, en dus niet behoort tot de onverzekerbare risico's waarvoor de AWBZ is bedoeld. De gedachte is ook dat geriatrische revalidatie het beste in een keten kan worden georganiseerd, en dat dit het meest efficiënt kan worden gedaan onder regie van de zorgverzekeraar. De verwachting is dat daarmee de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg wordt verbeterd, wat ten goede zou moeten komen aan de cliënt. Of de zorgverzekeraars deze regiefunctie ook daadwerkelijk inhoudelijk kunnen uitvoeren moet worden afgewacht. Het is nodig dat de regiedefinitie van de specialist ouderengeneeskunde en de regiedefinitie van de zorgverzekeraar goed op elkaar worden afgestemd, waarbij er aandacht moet zijn voor de competenties en mogelijkheden van beide spelers.

## ONTWIKKELING DBC'S

In 2011 registreert een representatief deel van de instellingen die ZZP-9 leveren, gegevens ten behoeve van de ontwikkeling van DBC's. Dit betekent dat deze aanbieders hun bestaande zorg- en behandelaanbod transparant maken. Met het inzicht in dit behandelaanbod kunnen de DBC's worden ingevuld.

Partijen in het veld zijn van mening dat het huidige aanbod van revalidatiezorg op basis van ZZP-9 geen goed beeld geeft van wat kwalitatief goede revalidatiezorg voor de doelgroep zou moeten inhouden. Zo passen de aanbevelingen

van de richtlijn beroerte over het aanbod van behandeling van CVA-revalidanten bij lange na niet in de ZZP-9, ook niet met de zogenaamde CVA-toeslag. In de DBC-registratie zou daarom ook een zorgaanbod moeten worden meegenomen dat vooruitloopt op wat de overheveling beoogt. Dit betreft zorg die passend is bij de hulpvraag van de cliënt, die flexibel en op maat kan worden ingezet en die tot stand komt door samenwerking in de keten tussen aanbieders en inkopers. Hiertoe behoren bijvoorbeeld ook intensievere behandeltrajecten, die nu via een zogenaamd transitietarief additioneel gefinancierd kunnen worden.

Het is ook bekend dat het aantal behandeluren niet stabiel is over het behandeltraject: in het begin is dit meestal veel hoger dan aan het eind. Dat is in de huidige situatie in zekere zin een perfide prikkel: een verpleeghuis dat snel ontslaat is in feite een dief van de eigen portemonnee. DBC-financiering zal deze onjuiste prikkel naar verwachting weghalen.

## PROEFTUINEN

Partijen betrokken bij de overheveling (koepels van zorgaanbieders, verzekeraars, cliëntorganisaties en rijksoverheid) laten dit vernieuwende aanbod uitproberen en registreren in zogenaamde proeftuinen. Er hebben zich zeventien samenwerkingsverbanden van zorgaanbieders en verzekeraars aangemeld als proeftuin, welke in 2011 van start zijn gegaan. Het doel van de proeftuinen is het organiseren van een innovatief, flexibel aanbod van geriatrische revalidatiezorg dat op maat is gesneden voor de cliënt, in samenwerking met diverse aanbieders in de keten en de zorgverzekeraars. De initiatiefnemers willen in de proeftuinen de volgende resultaten bereiken:

- Een samenhangend aanbod van geriatrische revalidatiezorg in de regio met meerwaarde voor cliënten.
- Ervaringen opdoen die relevant zijn voor de invulling van de regierol van de zorgverzekeraar.
- Gegevensaanlevering ten behoeve van de DBC-registratie. De proeftuinen zijn dus eigenlijk proefketens, waarbij zieken- en verpleeghuis (en in sommige proeftuinen ook thuiszorg en revalidatiecentrum) samen met het zorgkan-

### Definitie geriatrische revalidatie

Conform de aanbevelingen van de werkgroep geriatrische revalidatie van Verenso luidt de definitie van geriatrische revalidatie (exclusief de 'herstel' groep):

*Geïntegreerde multidisciplinaire zorg die gericht is op verwacht herstel van functioneren en participatie bij laag-belastbare ouderen (frail elderly) na een acute aandoening of functionele achteruitgang.*

Deze definitie sluit goed aan bij de internationaal gebruikte omschrijving van geriatric rehabilitation: evaluative, diagnostic and therapeutic interventions whose purpose is to restore functional ability or enhance residual functional capability in elderly people with disabling impairments (Boston Working Group, 1997).

toor, proberen het zorgpad voor de patiënt te verbeteren. Grofweg gaat het hierbij om het beter op maat snijden van de nazorg, snellere en betere overgang van ene naar andere setting, betere overdracht tussen de settings en betere voorbereiding en betrokkenheid van de patiënt bij zijn zorg- en behandelplan. Het vernieuwende aanbod is divers van aard, maar toch zijn er clusters van bepaalde zorginnovaties te onderscheiden, voor een groot deel gebaseerd op de zorgpaden van de NPCF en behandelkaders van Verenso. De discussie of de geriatrische revalidatie altijd alleen via topzorg op naar doelgroep gespecialiseerde zorgpaden moet plaats vinden wordt in de bijdrage van Jan Coolen besproken (zie pagina 172).

## EVALUATIE PROEFTUINEN: SINGER

Het LUMC heeft, samen met het VUmc en het Maastrichts Universitair Medisch Centrum, van de Regieraad Kwaliteit van Zorg de opdracht gekregen om te evalueren of de verbeteringen in de proeftuinen ook leiden tot een beter herstel van de revalidant. Dit onderzoek (SINGER genaamd: Samenwerking en Innovatie in de Geriatrische revalidatie) wordt gecoördineerd door Ineke Zekveld (Achterberg et al 2011).

De vraagstellingen die SINGER wil beantwoorden zijn de volgende:

- Tot welke vormen van integrale zorgtrajecten leiden de proeftuinen?
- Op welke wijze wordt binnen de individuele zorgtrajecten omgegaan met de volgendezorgaspecten: overdracht, triage, revalidatiedoelen, kwaliteit van de samenwerking, prognosestelling, screening en assessment, ondersteuning en begeleiding revalidant en mantelzorg, voorbereiding ontslag, regie en trajectverantwoordelijkheid?
- Wat is de mening van de revalidant en de mantelzorg over het zorgtraject dat men heeft doorlopen?
- Wat is het effect van de vernieuwde zorgtrajecten op de zelfredzaamheid, het dagelijks functioneren, de participatie en kwaliteit van leven van revalidanten?
- Wat is het effect van de vernieuwde zorgtrajecten op de ervaren en objectieve belasting van de primaire mantelzorgers?

Het onderzoek is verkennend van aard, waarbij er met twee cohorten wordt gewerkt. Het eerste cohort stroomt in tijdens de beginfase van de zorginnovaties in de proeftuinen (vanaf maart 2011). Het tweede cohort stroomt in vanaf september 2011 als de implementatie van de zorginnovaties naar verwachting in een meer gevorderd stadium is. Het eerste cohort dient als een vergelijkingsgroep voor het tweede cohort. Wat de effectevaluatie betreft is hierbij de verwachting dat de revalidanten en mantelzorgers van het tweede cohort in vergelijking met het eerste cohort betere resultaten laten zien op de effectmaten.

Er worden gegevens over het functioneren van revalidanten vastgelegd door verzorgenden, fysiotherapeuten en specialisten ouderengeneeskunde. Het gaat hierbij bijvoorbeeld

om ADL, cognitie, stemming en participatie. Maar ook wordt er vastgelegd hoe de overgang vanuit het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, en hoe het opstellen van het behandelplan is gegaan. Dit registreren gebeurt bij opname en bij ontslag. Vier weken na ontslag worden bij de revalidanten en hun mantelzorgers via vragenlijsten gegevens over het thuis functioneren en tevredenheid over het proces vastgelegd.

Later worden deze gegevens naast de registratie van de behandeluren gelegd (de DBC-registratie), waardoor onderzocht kan worden welke behandelingen in welke intensiteit de beste resultaten opleveren.

Veel proeftuinen zijn enthousiast aan het werk gegaan, met zowel innoveren als registreren. De extra inspanningen die zij verrichten leiden tot betere revalidatiezorg voor hun eigen instelling en regio, maar straks ook tot aanbevelingen waar de hele sector iets aan heeft.

Volgend jaar worden de eerste resultaten van SINGER verwacht, waarbij het veld (zorgorganisaties en zorgverzekeraars) aanwijzingen krijgt over hoe de geriatrische revalidatie het beste georganiseerd kan worden. Deze aanwijzingen zullen worden samengevat in de Leidraad Geriatrische Revalidatie, die naar verwachting in de zomer van 2012 zal worden gepubliceerd.

Zie voor meer informatie over de proeftuinen en SINGER: <http://www.proeftuinengeriatischerevalidatie.nl/> en [singer@lumc.nl](mailto:singer@lumc.nl)

## ROUTINE OUTCOME MONITORING IN DE GERIATRISCHE REVALIDATIE

In de toekomst zal het steeds gebruikelijker worden dat uitkomsten van zorg en behandeling consequent vastgelegd worden. We zien dat zorgverzekeraars dit nodig hebben om goed te contracteren, maar het is ook nodig voor de instellingen zelf. Sturen op kwaliteit kan in het algemeen, maar bij geriatrische revalidatie in het bijzonder, niet meer gemist worden in een op kwaliteit concurrerend, modern zorglandschap. En dan gaat het niet alleen over tevredenheid, maar juist over het functioneren van de patiënt na behandeling. Sturen op kwaliteit betekent dat die kwaliteit ook gemeten moet worden, het is meer dan alleen het op orde hebben van procedures en protocollen.

Willen we als verpleeghuizen deze functie goed blijven uitoefenen, dan zullen wij door middel van deze 'routine outcome monitoring' moeten laten zien hoe onze resultaten zijn. Dit is een maatschappelijke opdracht, maar ook een bedrijfsmatige noodzaak. Andere spelers kunnen zich vanaf 2013 immers aanbieden om dit product te leveren (ziekenhuizen, revalidatiecentra, privéklinieken), en bij contractbesprekingen zal de kwaliteit van het product dan doorslaggevend zijn. Als verpleeghuizen kunnen laten zien dat de resultaten goed zijn, ook in vergelijking met andere instellingen die geriatrische revalidatie leveren, dan staan zij sterker bij de contractbesprekingen. Zwakkere broeders zullen (eventueel tijdelijk) hun geriatrische revalidatiepakket niet meer toegewezen krijgen.

Maar het goed vastleggen van de behandeluitkomsten van de revalidant zal ook een grote impuls kunnen geven aan de wetenschappelijke onderbouwing van de geriatrische revalidatie, die helaas nog maar mager is.

## KWALITEITSCRITERIA GERIATRISCHE REVALIDATIE

Het zal duidelijk zijn, dat de kwaliteitseisen voor het mogen leveren van geriatrische revalidatie aangescherpt zullen worden. Er zullen strengere eisen komen op het gebied van de kwantiteit en kwaliteit van de professionals, op aspecten zoals therapeutische klimaat, op participatie van de revalidant bij het opstellen van behandeldoelen en behandelplannen, op het gestructureerd vastleggen van functioneren en uitkomsten en op het hebben van formele samenwerkingsafspraken in de keten. Voor ons als behandelaren is het daarom aan te bevelen deze ontwikkelingen te stimuleren. Ook het versterken van regionale of landelijke netwerken behoort tot onze missie (denk bijvoorbeeld aan de Werkgroep CVA Nederland of Parkinsonnet).

## SAMENWERKEN

Een andere belangrijke ontwikkeling voor de toekomst is een nadrukkelijker samenwerken tussen revalidatiearts en specialist ouderengeneeskunde. Zowel in onderzoek als in patiëntenzorg kunnen wij veel van elkaar leren en meer voor elkaar, maar vooral voor de kwetsbaarste ouderen, betekenen. Consulten en medebehandelingen over en weer zullen, met name voor de revalidanten waarbij zowel revalidatie- als comorbiditeitsaspecten een rol spelen, kunnen helpen bij succesvolle trajecten. Er zullen daartoe nieuwe

samenwerkingsvormen moeten worden gezocht, waarbij er intensiever en efficiënter van elkaars faciliteiten en deskundigheid gebruik gemaakt kan worden. Het aangaan van formelere samenwerkingsverbanden tussen het bestuur van verpleeghuis en revalidatiecentrum kan de uitvoering van deze samenwerking door professionals ondersteunen, en is daarom van groot belang.

## LITERATUUR

1. *Zorgpaden herstelgerichte zorg. Wat patiënten belangrijk vinden.* NPCF (2010).
2. *Peerenboom PGB, Spek J, Zekveld G, Cools HJM, Balen R van, Hoogenboom MJ. Revalidatie in de AWBZ. Omvang, aard en intensiteit.* 2007. ETC-Tangram / LUMC (2008).
3. *Hutspot Haring en Wittebrood – Leiden, Leenaars en hun geschiedenis, afl. 3 blz. 59*
4. *Uitgave: De Kler/Waanders 1981/82*
5. *Eindverslag werkgroep geriatrische revalidatie Verenso*
6. *Behandelkaders geriatrische revalidatie (Verenso)*
7. *Mantgem DM van, Spek J. Geriatrische revalidatie: concentreren van expertise. Ned Tijdschr Geneeskd. 2011;155(18):A3027*

Website

<http://www.rehab.utoronto.ca/News/History%20of%20Rehabilitation.htm>

<http://www.proeftuinengeriatriescherevalidatie.nl/>

Correspondentieadres  
w.p.achterberg@lumc.nl

# GRATIS NETVLIESCHECK! NIEUW EN ALLEEN BIJ SPECSAVERS



## NetvliesCheck

**Specsavers biedt sinds enige tijd een preventieve NetvliesCheck aan. Deze check maakt deel uit van ons uitgebreide oogonderzoek. Hiermee kunnen mogelijke netvliesafwijkingen die zouden kunnen wijzen op bijvoorbeeld hoge oogdruk, netvlieslijtage of complicaties door suikerziekte vroegtijdig worden gesignaleerd. Hierdoor kan verergering vaak worden voorkomen. De NetvliesCheck is toegankelijk, snel en helemaal gratis.**

De netvliesfoto's worden, samen met de overige resultaten van het oogonderzoek, altijd beoordeeld door oogartsen en optometristen van oogheelkundig centrum Best Eye Care. Na maximaal een week krijgt de klant de uitslag van de beoordeling van zijn foto's. Indien na zorgvuldige beoordeling blijkt dat verder onderzoek raadzaam is, ontvangt de klant een verwijfsbrief waarmee een afspraak gemaakt kan worden bij de oogarts.

Wilt u meer informatie? Kijk dan op [www.specsavers.nl](http://www.specsavers.nl) of neem contact op met Reidar Bakker via 035 6288 311.





# Naar een breder perspectief op herstelzorg

Dr. Jan Coolen, directeur Zorgondersteuning Cordaan Amsterdam

## INLEIDING

Rond herstelzorg voor kwetsbare ouderen is veel in beweging. Meer dan enkele jaren geleden worden 'bruggen' geslagen tussen ziekenhuis, herstelcentrum en zorg thuis. Er wordt beter gestuurd op revalidatiedoelen en op uitkomsten voor patiënten binnen herstelafdelingen van verpleeghuizen. En bij meer mensen wordt een korter verblijf op die herstelafdeling bereikt en een sneller doorstroming naar huis.<sup>1</sup> Ook is de naamgeving deftiger geworden: beleidsmakers en zorginstellingen hanteren nu de term geriatrische revalidatiezorg.

Geriatrische revalidatiezorg is bedoeld voor kwetsbare ouderen die na ziekenhuisopname tot herstel van zelfstandig functioneren komen via multidisciplinaire revalidatiebehandeling. Meestal denken we aan revalidatie in een verblijfssetting, die ertoe bijdraagt dat mensen weer naar huis terugkeren met voldoende zelfredzaamheid. Vaak ligt een extra focus op zorgproducten voor specifieke patiëntgroepen: electieve orthopedie, trauma, CVA. Bekostigingsregels werken dat in de hand. Zorgverleners hebben de ruimte gekregen om – voor patiënten waarbij dat loont – de intensiteit van revalidatie sterk te verhogen. Als prikkel naar versneld herstel en korter verblijf. Deze impuls is de moeite waard; een onderzoeksgroep onder leiding van de hoogleraren Wilco Achterberg en Jos Schols zal de komende jaren de resultaten in beeld brengen.

Deze bijdrage gaat niet over effecten, maar over de koers: welke invulling van geriatrische revalidatiezorg past bij de dynamiek rond kwetsbare ouderen? Drie onderwerpen verdienen aandacht: wat verandert er in de zorgvraag, welk invulling van herstelzorg is wenselijk, hoe kunnen we die organiseren en bekostigen? Maar eerst nog iets over het perspectief.

## PERSPECTIEF

De minister van VWS gaf onlangs de contouren aan. Geriatrische revalidatiezorg is bedoeld voor kwetsbare ouderen die in het ziekenhuis een medisch-specialistische behandeling hebben ondergaan, bijvoorbeeld als gevolg van een beroerte of botbreuk (..) en die behoefte hebben aan multidisciplinaire revalidatiebehandeling die aan individuele herstel mogelijkheden is aangepast." (beleidsbrief minister VWS, 13 mei 2011).

De minister onderkent dat die zorg nu vrijwel uitsluitend

vanuit verpleeghuizen wordt geboden, in de vorm van tijdelijk verblijf, maar de gekozen invalshoek laat een breder perspectief toe. Doel is dat mensen weer zelfstandig kunnen leven en kunnen meedoen in zinvolle rollen.

Het motto voor revalidatiezorg bij kwetsbare ouderen zou dus simpel kunnen zijn: "werken aan functieherstel na ziekenhuisopname". Dit motto is uitgewerkt in regionale experimenten binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg. De achtergrond ervan ligt in de terugkerende bevinding dat acute opname in een ziekenhuis behalve een oplossing ook een probleem is. Bij kwetsbare ouderen ontstaat door opname een verhoogd risico op nieuwe functiebeperkingen die voorheen nog afwezig waren. Dat is niet bij alle ouderen zo; maar vooral bij mensen met een stapeling van chronische aandoeningen; soms in combinatie met andere zaken als slechte voeding, ongezonde leefstijl of depressiviteit.

De NPO-experimenten – in de regio's Amsterdam, Leiden, Rotterdam/Schiedam – hebben zich als opdracht gesteld om vermijdbaar functieverlies terug te dringen. De transmurale brug tussen ziekenhuis en zorg thuis staat voorop: het ziekenhuis zal betere geriatrische assessment doen, de eerste lijn zal daar aansluitend op een herstelzorgplan uitvoeren, met de wijkverpleegkundige in een coördinerende rol. Aanvullend is speciale herstelzorg mogelijk in een revalidatieafdeling van een verpleeghuis, soms centrum voor herstelzorg genoemd.

Het perspectief wordt hiermee wezenlijk verbreed. Geriatrische revalidatie is niet een intramurale voorziening, maar een programma dat een sterk fundament moet hebben in de eerste lijn: in het samenspel van huisarts en wijkverpleging, aangevuld met advies van de ouderengeneeskunde. Voor passende inzet van herstelzorg – door wie ook gegeven – is cruciaal dat vanuit het ziekenhuis gestart wordt met een beeld van zinvolle en haalbare geriatrische interventies, met begrip van het dynamisch proces rond herstel (Buurman, 2011, p.32). Een deel van de ouderen zal na ontslag vanzelf opknappen, een ander deel heeft er hulp bij nodig.

In dit brede perspectief op geriatrische revalidatie kunnen we drie patiëntstromen onderscheiden:

- 1 direct naar huis, geen extra kwetsbaarheid, geen actief aanbod van herstelzorg, wel 'volgen',
- 2 direct naar huis, kwetsbaarheid, herstelzorgplan op basis van geriatrische *assessment*,

3 tijdelijk naar een centrum voor herstellzorg, *assessment* en passend aanbod van revalidatie.

Een variant van de eerste groep betreft de ouderen die na ziekenhuisopname niet meteen naar huis kunnen, en in een tussenvoorziening opknappen. Meestal is er geen extra kwetsbaarheid die een multidisciplinair behandelplan nodig maakt.

### EXPERIMENTEN IN KADER VAN NPO

Een drietal regionale projecten is gericht op herstellzorg voor de oudere patiënt die een medische ingreep in het ziekenhuis heeft ondergaan, specifiek gericht op de kwetsbare oudere met multimorbiditeit.

Jaarlijks komt 14% van de 65-plussers met een acuut gezondheidsprobleem in het ziekenhuis voor opname. Na behandeling en ontslag blijkt een aanzienlijk deel – geraamd op één derde – problemen te hebben met functieverlies; de persoon is minder zelfredzaam bij persoonlijke zorg, huishouding, mobiliteit en regie over het leven. Doel van de projecten is die functieverlies te gengaan, op de grens van ziekenhuis naar thuis. In het huidige stelsel – zo stellen de projecten – is samenwerking tussen tweede en eerste lijn, tussen curatieve zorg en thuiszorg, niet vanzelfsprekend. De overdracht is nogal eens ongecoördineerd. Het ziekenhuis behandelt goed, maar er is te weinig aandacht voor het behoud van de zelfstandigheid van de patiënt. Thuisgekomen is de patiënt grotendeels op zichzelf aangewezen. Een extra risico op kwetsbaarheid ontstaat door het samengaan van aandoeningen met psychische en sociale problemen, bijvoorbeeld cognitieve achteruitgang, depressie of eenzaamheid.

De projecten werken daarom aan een integrale aanpak die op drie bouwstenen berust: (1) betere risicoverkenning via geriatrische '*assessment*' gevolgd door een zorgplan, (2) gerichte revalidatie die zoveel mogelijk thuis wordt geboden of in dagprogramma's, (3) transmurale zorgcoördinatie met een kernrol voor de wijkverpleegkundige die het multidisciplinair zorgplan coördineert. De beoogde effecten zijn: minder functieverlies bij de oudere persoon, betere zelfredzaamheid en daardoor minder gebruik van 'care', meer behoud van autonomie thuis. Mogelijk ook: bekorting van onnodig lange ligduur in het ziekenhuis.

### DOELGROEPEN HERSTELZORG

Terug naar de geriatrische revalidatiezorg zoals die meestal wordt gezien: zorg in combinatie met tijdelijk verblijf. Doorgaans staan vier doelgroepen op de voorgrond: elektrische orthopedie, trauma, amputaties, CVA. Daarnaast een categorie 'overig' die hieronder nog uitgebreider aan bod komt.

De eerste vier staan ook centraal in proeftuinen waar een vernieuwd aanbod wordt ontwikkeld (zie de bijdrage van Wilco Achterberg).

Wat is bij deze groepen de dynamiek vanuit de vraagkant? En wat gaat er straks gebeuren met de categorie 'overig': valt die binnen of buiten de revalidatiezorg? In een eerste advies aan de minister van VWS bepleitte de NZa – de Nederlandse Zorgautoriteit – om de categorie 'overig' voorlopig buiten de overheveling naar de zorgverzekeringswet te houden (NZa, 2009).

Hoe is de totale vraag opgebouwd? De categorie 'overig' bevat op dit moment omstreeks 30% van alle ouderen op een revalidatieafdeling van een verpleeghuis. De andere categorieën vormen samen omstreeks 70% van alle revalidanten. Deze verdeling zal de komende jaren verschuiven. Zonder volledigheid zijn de volgende trends vermeldenswaard:

De aantallen knie- en heupoperaties zullen – als in voorgaande jaren – blijven toenemen, in samenhang met onderliggende oorzaken zoals (osteo-)artrose, osteoporose, en valincidenten (heupfracturen). Ook het aantal revisie-ingrepen zal vermoedelijk stijgen. Maar er is geen reden om een grotere vraag naar (verpleeghuis)-revalidatie te verwachten. Met verbeterde medische behandeling kan de doorstroom naar revalidatie substantieel dalen en plaatsmaken voor thuisrevalidatie.

De aantallen mensen voor CVA-revalidatie zijn in het vorige decennium sterk gegroeid. Ook betere behandel mogelijkheden speelden een rol. Voor de komende jaren lijkt die groeitrend af te vlakken. Bovendien zullen relatief meer patiënten vanaf ziekenhuisopname direct naar huis gaan en thuisrevalidatie krijgen of dagprogramma's. Anders gezegd: de behoefte aan herstellzorg blijft 'op niveau' maar de invulling zal meer gevarieerd zijn.

De categorie 'overig' bevat ouderen die na ziekenhuisopname niet direct naar huis kunnen vanwege een zeer kwetsbare gezondheid. Er is vaak een stapeling van aandoeningen en het perspectief op functieherstel is bij aanvang van de revalidatie onzeker.<sup>3</sup> Met zorgvuldige triage wordt bepaald of het loont om herstellzorg te starten en welke aanpak dan past. De komende jaren zal de vraag naar herstellzorg bij deze patiënten toenemen onder invloed van vergrijzing, en door de behoefte van ziekenhuizen om de ligduur daar kort te houden.

Kortom: (1) bij de klassieke doelgroepen gaat de plaats van herstellzorg veranderen, (2) voor de categorie 'overig' zal de klinische revalidatie in betekenis toenemen. Belangrijk is daarom wat er straks gaat gebeuren met deze groep. Als gezegd: vanuit de overheid is geopperd om de groep 'overig' buiten de overheveling naar de Zvw te laten.<sup>3</sup> Het argument is dat het een diversiteit van diagnoses betreft, dat het nog niet duidelijk is welk behandelplan nodig is of welke revalidatiezorg nuttig zou zijn.

Een onderzoeksgroep van de Universiteit Maastricht – onder leiding van Jos Schols – geeft een meer gebalanceerd perspectief. Dat begint met de vaststelling dat de betreffende ouderen mede door ziekenhuisopname extra functieverlies ondervonden, en dat het herstellproces niet meteen

voorspelbaar is. Toch is ook duidelijk dat bij deze groep, binnen een revalidatieprogramma, reële vooruitgang valt te boeken: het merendeel van de mensen gaat beter en sneller lopen, is in staat zich zelfstandiger te verzorgen en heeft minder cognitieve of depressieve problemen. Dit revalidatieprogramma bevat een mix van medische begeleiding, revalidatie, verpleging en verzorging.

Voor de categorie ‘overig’ – zo benadrukt de onderzoeksgroep – is voortgezette triage belangrijk aan de hand van een landelijk geldende checklist. Op die manier ontstaat een ‘zeef’: herstellzorg is bedoeld voor kwetsbare ouderen met meerdere aandoeningen, die na ziekenhuisopname niet meteen naar huis kunnen, waarbij werken aan herstel lonend is, vaak een langere herstelfase nodig is die in de regel maximaal drie maanden duurt.<sup>4</sup> Revaliderende zorg is op zijn plaats onder de voorwaarde dat het zorgpad zorgvuldig is opgebouwd. De onderzoeksgroep noemt de volgende aspecten:

- In het ziekenhuis wordt binnen 48 uur na opname een eenvoudige geriatrische screening uitgevoerd door een verpleegkundige. Blijkt daaruit dat de oudere persoon als ‘kwetsbaar’ mag worden gezien dan volgt binnen twee dagen een *comprehensive geriatric assessment*.
- De resultaten van de *assessment* zijn de basis van samenspraak met de patiënt, mantelzorg en behandelaars. Als de patiënt waarschijnlijk voor herstellzorg in aanmerking komt, wordt met de revalidatieafdeling de voorbereiding gestart. Er is altijd de afweging of een ander traject beter past (herstellzorg thuis, kortdurend verblijf in verzorgingshuis, langdurige verblijfszorg).
- Na opname op een revalidatieafdeling komt onder verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde een geïntegreerd zorg- en behandelplan tot stand, met daarin een eerste voorstel voor hersteldoelen. En als tijdens dit proces blijkt dat revalidatiezorg niet de meest geëigende oplossing is, zal direct een meer passende zorgvorm worden gezocht op basis van afspraken met ketenpartners.
- Bij de uitvoering van revalidatiezorg zijn periodieke evaluatiemomenten ingebouwd. Herstel is altijd gericht op terugkeer naar de thuissituatie of het verzorgingshuis. Bij tweederde van de deelnemers blijkt dat haalbaar.
- Ontslag naar huis wordt tijdig voorbereid. Een inventarisatie van de woon- en leefsituatie van de patiënt geeft zicht op type woning, beschikbare hulpmiddelen, vervoersmogelijkheden, het gebruik van professionele thuiszorg en draagkracht van de mantelzorg. Vanuit de revalidatie worden hulpmiddelen, aanpassingen, vervoersmogelijkheden en zorg tijdig aangevraagd.
- Voor de periode ‘na thuiskomst’ heeft het revalidatieteam een nazorgplan opgesteld. Als de gezondheidsproblematiek dat nodig maakt, kan het revalidatieteam de herstellzorg thuis nog voortzetten of overdragen aan de eerste lijn. Ervaringen in Zuid-Limburg maken duidelijk dat *outreaching* revalidatiezorg bij omstreeks drie op de tien personen nodig is.

Werken aan herstel – bij de categorie ‘overig’ – kan gunstige effecten hebben op zowel kwaliteit als doelmatigheid. Onder meer de verblijfsduur in het ziekenhuis kan sterk omlaag gaan. En het functieherstel na revalidatie is vaak aanzienlijk (ook al blijft er een grote kwetsbaarheid).

## TRANSMURALE ZORG

Er was reden om wat uitgebreider stil te staan bij de doelgroep ‘overig’. Want die maakt de kern van geriatrische revalidatie heel duidelijk. Het voert naar de uitgangspunten voor de toekomstige herstellzorg aan kwetsbare ouderen.

Ten eerste het profiel. Net als bij CVA, trauma, complexe orthopedie, is ook bij ‘overig’ de kern van herstellzorg altijd gelegen in de combinatie van drie bouwstenen: (1) medische begeleiding via een SOG in een multidisciplinair team, (2) verpleging & verzorging, (3) revalidatiemethoden. Daarmee verweven moet de herstellzorg geplaatst zijn in een ‘therapeutisch klimaat’ zodat in het dagschema van de patiënt – ook bij de dagelijkse verzorging – zoveel mogelijk revalidatiemomenten zijn opgenomen.<sup>5</sup>

Herstellzorg voor ouderen is de opdracht om per persoon deze driehoek van bouwstenen op maat aan te reiken. De minister van VWS noemt als doel van de overheveling naar de Zvw onder meer dat variabele zorgarrangementen gaan ontstaan, binnen de keten van ziekenhuis naar huis.

Ten tweede de reikwijdte. Aansluitend op het zojuist genoemde gezichtspunt moet de aandacht voor zorgtrajecten prevaleren op de interesse voor zorgproducten (dbc’s bij klinische revalidatie). In onderzoek naar chronische ziekte (*disease management*) is getoond dat goed georganiseerde zorgketens meer kwaliteit voor de patiënt geven samen met doelmatigheidswinst in het stelsel. Een zorgstandaard helpt bij het invullen van die zorgketen: vanuit het perspectief van de patiënt is omschreven welke zorg nodig kan zijn. Zoals bekend: de zorgstandaard is geen opdracht tot standaardzorg, want per individuele patiënt wordt de feitelijke zorginzet bepaald mede op basis van voortgaande *assessment*.

Met komende vernieuwingen in de herstellzorg voor kwetsbare ouderen – zoals bedoeld door de minister van VWS – ontstaat ruimte voor een flexibel aanbod. Met combinaties van revalidatie in een verblijfssetting, in dagprogramma’s, en in kortdurende vormen van advies en instructie thuis.

Die flexibiliteit is kansrijk, maar vraagt om een leidend perspectief. De Hersenstichting geeft in een recent overzicht een boeiende voorzet, toegepast op mensen met NAH.

- Omdat de NAH-cliënten zo divers zijn, moeten cliënten kunnen rekenen op samenhang in een regionaal zorgnetwerk, waarbinnen uiteenlopende (navigatie)-routes mogelijk zijn.<sup>6</sup>

- De herstellzorg moet zijn afgestemd op niet alleen ‘gezondheid en functieherstel’ (bijvoorbeeld weer lopen, of ADL-functies zelf doen), eveneens op zinvolle rollen en participatie.

- Cliënten kunnen rekenen op naadloze overgangen binnen het gehele zorgtraject. Nu worden ze soms “in het diepe gegooid” bij terugkeer in de maatschappij (“cliënten kunnen in een gat vallen als de medische focus is afgelopen; follow-up zorg is nodig”). Nu krijgen ze te maken met versnipperd aanbod waarbij elke instelling een stukje van het geheel doet en afstemming bij de cliënt terecht komt.

Ook de landelijke patiëntenbeweging heeft voorstellen gedaan voor de invulling en organisatie van herstellzorg vanuit ‘zorgtrajecten’. De minister van VWS wil erin meegaan. Voor de landelijke beroepsgroepen, met een trekkersrol voor ‘ouderengeneeskunde’, betekent het een verschuiving in de gewenste aanpak: van zorgproducten voor klinische revalidatie naar zorgstandaarden voor ketensamenhang.<sup>7</sup>

## ORGANISATIE EN BEKOSTIGING

De herstellzorg voor kwetsbare ouderen zal in de komende jaren steeds meer geïntegreerd zijn binnen transmurale bruggen tussen ziekenhuis en zorg thuis. De organisatie en bekostiging van herstellzorg moeten daarop aansluiten. Dat vraagt deels enigszins andere accenten dan nu in het beleid

op de voorgrond staan.

Voor de *organisatie* van geriatrische revalidatie is het vraagstuk van concentratie in de richting van gespecialiseerde voorzieningen op dit moment dominant. De discussie is gestart met vragen over de minimale schaalgrootte van afdelingen voor bijvoorbeeld CVA, trauma, enzovoort. Want het is evident dat kwaliteit berust op multidisciplinaire expertise die doorgaans slechts op peil zal zijn bij ‘voldoende omvang’ (zie hierover: de behandelkaders van Verenso). Afgeleid van de beweging naar topcuratieve zorg in de ziekenhuizen, is er echter ook een tendentie ontstaan om te denken in termen van topvoorzieningen voor herstellzorg die in de plaats komen van het huidige, over veel verpleeghuizen verspreide, aanbod.

De ontwerpprincipes moeten we beter bij elkaar zetten: (1) te klein geeft onvoldoende garantie op kwaliteit, (2) heel groot is niet per se doelmatig, en (3) samenhang in regionale zorgtrajecten is de eerste ontwerpeis.

In plaats van een eenzijdig accent op ‘omvang’ van de klinische voorziening voor revalidatiezorg, kan het accent verschuiven naar transmurale netwerken, naar combina-

### Een voorbeeld: zorgtraject bij CVA 1<sup>8</sup>

Per jaar krijgen ruim 30.000 mensen een CVA (incidentie). Het aantal mensen met een CVA is 250.000 (prevalentie). Bij een chronische vorm kunnen problemen op diverse gebieden ontstaan: cognitie, bewegen, adl, voelen, enzovoort.

Voor behandeling bij CVA wordt gewoonlijk een indeling in fasen gemaakt: (1) acute fase = eerste twee dagen, (2) revalidatiefase = 3 tot 6 maanden, (3) chronische fase. In 2009 en 2010 is een CBO-richtlijn “Beroerte” opgesteld; in 2010 is een zorgstandaard voor CVA en TIA gemaakt. Aandachtspunten zijn:

- vroegtijdige onderkenning en bewustzijn van risico’s (leefstijlfactoren)
- acute diagnostiek, gevolgd door individueel zorgplan en behandeling,
- behandeling is gericht op het beperken van neurologische schade,
- revalidatie is gericht op het bereiken van zo goed mogelijke functioneren,
- in chronische fase aandacht voor ‘balans in leven’, mantelzorg, dagbesteding.

Voor continuïteit van zorg tussen de fasen zijn stroke services opgericht: regionale ketens van zorgverleners die samenhangende zorg aan patiënten met een beroerte bieden in alle fasen van de aandoening. De organisatievormen verschillen tussen regio’s.

Integraal georganiseerde stroke services zijn effectiever en kosteneffectiever dan een stroke unit in een ziekenhuis met aansluitend reguliere zorg. In de meeste regio’s is de CVA-keten CVA nog een te instabiel geheel (‘los vast’).

De verblijfsduur in het ziekenhuis is de afgelopen 15 jaar sterk afgenomen (midden jaren ’90 ruim 20 dagen) en is nu gemiddeld 8 à 10 dagen. Dit ziekenhuisverblijf kan waarschijnlijk korter: naar 4 à 5 dagen voor acute opname, diagnostiek en eerste behandeling.

De meeste mensen gaan na het ziekenhuis direct weer naar huis, een kleine deel gaat naar een centrum voor herstellzorg. De revalidatie is er gericht op functieherstel; vroeg beginnen met therapie heeft een gunstig effect op uitkomsten voor de patiënt. Regelmatig blijkt het mogelijk dat de patiënt sneller naar huis kan; de zorg kan deels thuis geleverd worden, eventueel door multidisciplinaire stroke teams.

Zorgstandaarden voor CVA zijn nog overwegend in algemene termen gesteld met te weinig specificatie naar typen patiënten. Belangrijk is onder meer bij welke mensen meer intensieve revalidatie wel/niet werkt. De ‘evidence’ erover moet beter verwerkt. Die verfijnde standaard kan tevens helpen bij de opzet van bekostiging. De huidige bekostiging is eenzijdig gericht op activiteiten per kolom in de zorg (bijvoorbeeld prijs per dag revalidatie, of per module). Het is wenselijk dat de bekostiging prikkels bevat naar een samenhangend zorgtraject.

ties van 'echte revalidatie' voor ouderen met noodzakelijke voorzieningen tussen ziekenhuis en thuis voor mensen die tijd nodig hebben om op te knappen (kortdurend verblijf zonder revalidatie).

Terzijde: de huidige capaciteit van 'revalidatiezorg met verblijf' correspondeert met 4 à 5 plaatsen per 1000 75-plussers in de bevolking. Dat zijn plaatsen in verpleeghuizen. Bezien voor een regio of een stad van 100.000 inwoners (alle inwoners) zijn dat 30 plaatsen voor geriatrische revalidatie. Dat is onvoldoende voor kwaliteit bij de diverse doelgroepen. Het ligt in de rede dat geriatrische herstellzorg veeleer op het schaalniveau van minimaal 200.000 inwoners ingevuld wordt.

Voor de *bekostiging* van geriatrische revalidatie ligt nu het accent op de ontwikkeling van dbc's als zorgproducten voor intramurale of poliklinische revalidatie. Bekostiging via dbc's zal idealiter berusten op (a) een helder cliëntprofiel (diagnose) en (b) een erbij passend behandelaanbod dat kosteneffectief is.

Afgestemd op doelgroepen van geriatrische herstellzorg wil de overheid dbc's gereed maken die ruimte laten voor verschillen in zowel de duur als de intensiteit van revalidatie. Elke dbc bevat een geheel van activiteiten: medische begeleiding, multidisciplinaire inzet van behandelaars, verpleging & verzorging, coördinatie rond de patiënt. Bij voorkeur ontstaat per doelgroep een sober geheel van dbc's vanuit inhoudelijke cliëntprofielen.<sup>9</sup>

Bekostiging op basis van modules voor bijvoorbeeld 'leren lopen', 'leren praten', 'zelfstandige ADL' past niet in deze strategie; de bekostiging zou onnodig gedetailleerd zijn.

Het zal niet eenvoudig zijn al vanaf najaar 2012 een werkbare set dbc's gereed te hebben, want voor onderdelen van de revalidatiezorg bestaat nog te weinig *evidence* over welke revalidatie bij welke cliëntprofielen het best werkt en het meest doelmatig is. Hoe dan ook, er kan niet worden volstaan met een ontwerpproces dat vooral mikt op klinische revalidatie met extra behandeluren.

Ontwerpeisen voor de bekostiging moeten zijn: (1) samenhang van zorg binnen een zorgtraject, (2) prikkels voor korte ligduur in een ziekenhuis, (3) prikkels tot verantwoorde verschuivingen van klinische revalidatie naar dagprogramma's en zorg thuis, (4) ruimte voor intensieve revalidatie als die volgens *evidence* de mate en snelheid van functieherstel bevordert, (5) tegelijk vermijden van intensieve revalidatie als die volgens de beschikbare *evidence* weinig of geen meerwaarde voor de patiënt heeft.

Correspondentieadres  
j.coolen@cordaan.nl

#### Proeftuinen: twee voorbeelden (op basis van Actiz):

"Proeftuinen van vernieuwend zorgaanbod"

*Vivium*: deel van de herstellzorg zal hoogintensief zijn (selectief ingezet). Van zorgverzekeraar Agis mag Vivium in totaal 45 plaatsen inzetten voor de hoogintensieve zorg, op voorwaarde dat de instelling de triage zorgvuldig uitvoert. Uitgangspunt is niet om grotere aantallen mensen te revalideren, maar om de kwaliteit van zorg te laten stijgen. Doel is bijvoorbeeld om de scores op de Barthelindex, die gaat over de algemene dagelijkse levensverrichtingen, omhoog te krijgen.

De zorgorganisatie heeft drie typen deelnemers gedefinieerd: CVA-patiënten, mensen die electieve totale heup- en totale knieoperaties hebben ondergaan en postacute zorgpatiënten.

In principe gaan al deze mensen terug naar hun eigen woning of naar een verzorgingshuis.

Om de instromers sneller naar huis te kunnen laten gaan, krijgen mensen extra behandeling, individueel en in groepsverband.

*Laurens*: mensen die getroffen worden door een beroerte hebben voor hun herstel veel tijd en therapie nodig. We hebben een revalidatieprogramma gemaakt waarin CVA-revalidanten de hele dag door gestimuleerd worden, zodat ze oefenen wat nodig is om weer zelfstandig te functioneren.

De zorgorganisatie heeft drie soorten revalidatiepatiënten: CVA-patiënten, orthopediepatiënten en de groep overig. Jarenlang kon het verpleeghuis in de AWBZ gemiddeld slechts vier uur behandeling per cliënt per week bieden. Dat standaardaanbod voldoet niet. "Sommige mensen kunnen echt niet meer aan, maar anderen hebben energie over en zaten zich hier te vervelen."

Uit onderzoek blijkt dat zestig procent voldoende belastbaar is. "Dat zijn de mensen die na de revalidatie weer naar huis vertrekken. Als je een paar dagen na een CVA intensief gaat oefenen, herstel je sneller en bovendien ook beter." Belangrijk is dat wijzelf, ook de zorgverzekeraar, naar de gehele keten kijken: van ziekenhuis tot en met thuis.



## BRONNEN

- Achterberg, WP. *Verbinden in de ouderengeneeskunde. Oratie LUMC* (2011).
- Bakker TJEM. *Integrative Reactivation and Rehabilitation to Reduce Multiple Psychiatric Symptoms of Psychogeriatric Patients and Caregiver Burden. PhD Thesis Vrije Universiteit Amsterdam* (2010).
- Boekholdt M, Coolen J. *Bewegingen in de zorg voor kwetsbare ouderen. Overzicht van experimenten in het Nationaal Programma Ouderenzorg. ZonMw* (2010).
- Buurman BM. *Screening, Geriatric Assessment and Intervention Strategies to Prevent Functional Decline in Hospitalized Older Patients. PhD Thesis University of Amsterdam* (2011).
- DBC-Onderhoud. *Handleiding DBC-registratie voor de geriatrische revalidatiezorg* (2011).
- Rooij SE de, Schuurmans MJ et al. *Acuut opgenomen in het ziekenhuis. Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice. Vol 5, nr 4: 19-22.*

- Hersenstichting Nederland, *Navigeren naar herstel, maart 2011*
- Limburg M. *Zorgpad CVA. In: Zorgpaden herstelgerichte zorg. NPCF* (2010).
- Minister VWS, *Beleidsbrief geriatrische revalidatiezorg. 13 mei 2011.*
- NZa. *Overheveling somatische revalidatiezorg van AWBZ naar Zvw* (2009).
- Peerenboom PGB, Spek J, Zekveld G, Cools HJM, Balen R van, Hoogenboom MJ. *Revalidatie in de AWBZ. Omvang, aard en intensiteit. ETC Tangram, LUMC Verpleeghuisgeneeskunde. (2008).*
- Schols, JMGA, Haastregt, JCM et al. *Zorgpad herstelgerichte zorg: overige problematiek. In: Zorgpaden herstelgerichte zorg. NPCF* (2010).
- Terwel M. *Alles is revalidatie. Revalideren na een beroerte in het Laurens Therapeutisch Klimaat. Ebron, Delft* (2011).
- Verenso. *Behandelkaders geriatrische revalidatie* (2010).

## EINDNOTEN

- 1 Enkele jaren geleden is in een onderzoek bij verpleeghuizen voor de gehele revalidantengroep een gemiddeld verblijf van twee maanden waargenomen (verblijf in verpleeghuis). In proeftuinen – mogelijk met een selectieve patiëntengroep – zien we 2 tot 4 weken bij electieve orthopedie, 4 tot 8 weken bij CVA, 6 tot 12 weken bij de mensen met diffuse problematiek.
- 2 Bij deze categorie is de ontslagdiagnose uit het ziekenhuis divers: onder meer aandoeningen aan hart en vaten, longen, bewegingsapparaat (mede door amputatie), maag- of darmstelsel, of neuropsychiatrische aandoeningen. Naast de hoofddiagnose zijn er gemiddeld vier nevendagnosen.
- 3 De NZa (2009) adviseerde om de 'groep overig' niet te betrekken bij de overheveling naar de Zvw; namelijk de kwetsbare ouderen van wie na ziekenhuisopname de prognose onduidelijk is, en de ouderen met comorbiditeit voor wie in een multidisciplinair zorgproces wordt bepaald wat de eerstvolgende weken aan zorg mogelijk is (zo mogelijk ook revalidatie naast medische begeleiding, verpleging & verzorging).
- 4 Onderzoek vanuit het Universitair VerpleeghuisNetwerk Zuid-Holland laat zien dat vooral de volgende diagnosegroepen veel voorkomen: chronische gastrointestinale aandoeningen, chronische respiratoire aandoeningen, cardiovasculaire aandoeningen (exclusief CVA), anemie en algemene zwakte, neurologische aandoeningen, en aandoeningen aan bewegingsapparaat (exclusief aandoeningen m.b.t. electieve orthopedie, en trauma). Er is daarnaast een kleine subgroep van oudere patiënten die het ziekenhuis verlaten met delirante beelden, of (tijdelijke) psychiatrische problematiek, of psychogeriatrische problematiek die bij opname manifest werd. Voor deze subgroep zijn speciale voorzieningen nodig. Het is de vraag of een revalidatieafdeling daarvoor geschikt is. 5 Zie: Marieke Terwel, *Alles is revalidatie. Revalideren na een beroerte in het Laurens Therapeutisch Klimaat. Ebron, Delft* 2011.
- 6 De stichting noemt de volgende hoofdroutes met varianten erbinnen: (1) *vroegsignaleringsroute* voor de cliënt bij wie in het ziekenhuis nog geen hersenletsel is ontdekt, maar bij wie vervolg monitoring wenselijk is, (2) *korte ziekenhuisroute* voor de cliënt die na neurologische diagnostiek naar huis gaat en daar hulp krijgt vanuit de CVA-keten, (3) *revalidatieroute* voor de cliënt die gebaat is met een intramuraal en/of poliklinisch revalidatietraject, en die daarna zelfstandig thuis woont, eventueel ondersteund met ambulante woonbegeleiding, (4) *verblijfszorgroute* voor de cliënt die na het ziekenhuis (soms na revalidatie) naar een woonvorm voor 24uurszorg gaat ('care').
- 7 Wellicht kan het 'rehabilitatie'-denken uit de GGZ van betekenis zijn. Na behandeling zullen vaak gevoelens van onzekerheid en machteloosheid bestaan. Werken aan herstel is niet alleen gericht op verbetering van het lichamelijk of psychisch functioneren, evenzeer op verbetering in het sociaal functioneren waaronder participatie, ontdekken van zinvolle rollen, opbouw of onderhoud van een steunsysteem.
- 8 Op basis van: prof. dr. Martin Limburg, "Zorgpad CVA", 2010.  
Terzijde: er zijn twee typen beroertes: (a) herseninfarct (80% van alle gevallen = door verstopping van een bloedvat waardoor een deel van de hersenen te weinig bloed krijgt en afsterft), (b) hersenbloeding (20% van alle beroertegevallen = door een lek in een hersenbloedvat).

# Nieuw redactielid Even voorstellen .....

Agda van Dijk



Als je langer dan 20 jaar in de gezondheidszorg werkt verval je in herhaling. In 1985 was ik als prille basisarts ondersteuner van districtsverpleegkundigen voor chronisch zieken bij de kruisvereniging Midden Gelderland.

In 1987 deed ik de huisartsenopleiding in Utrecht. Vervolgens ben ik met groot genoegen tot 2004 huisarts geweest in Nijmegen en Berg en Dal, waarbij ik met name een patiëntenpopulatie van ouderen bediende. Ik hou van oude mensen. Bijna elke dag kwam ik wel stof voor een roman tegen, elk leven blijkt interessant of ontroerend te zijn.

In toenemende mate kreeg ik last van de richtlijnen en verzakelijking in de huisartsengeneeskunde. Richtlijnen zijn goed, maar met name bij complexe problematiek voldoet confectie niet meer en moet het maatwerk worden. Voor maatwerk gunde ik mezelf te weinig tijd en zodoende verminderde in de loop der jaren mijn arbeidssatisfactie. Alhoewel ik het huisartsenvak zeker niet had willen missen: de romantiek, de humor, de heroïek op zijn tijd.

Als huisarts deed ik wel eens een beroep op een verpleeghuisarts (ik spreek over circa het jaar 2000), die dan doorgaans enthousiast reageerde. Maar verder dan die reactie kwam het vaak niet. Een huisarts wil op korte termijn een praktisch en haalbaar advies. Deze ervaring heeft mij geleerd dat wij als specialisten ouderengeneeskunde bij een consultvraag van de huisarts accuraat moeten reageren. Anders worden we spoedig vergeten.

Ik ben altijd al van mening geweest dat er meer generalisten in het ziekenhuis moeten zijn, met name voor de oudere patiënten met multiproblematiek. In 2004 kreeg ik de kans om samen met een klinisch geriater en een specia-

listisch verpleegkundige geriatrie een consultatief team op te zetten in het CWZ in Nijmegen. Dat is na aanvankelijk koud watervrees bij met name de internisten zeer succesvol gaan opereren. Analoog aan de meest generalistisch werkende ziekenhuisartsen, zoals de internisten, zie ik een zekere beduchtheid van huisartsen voor het inschakelen van de specialist ouderengeneeskunde.

Inmiddels mag ik me sinds 22 juli jongstleden, na een pittige, verkorte opleiding aan de Voson in Nijmegen, specialist ouderengeneeskunde noemen. Per september ben ik aan de slag bij de Zorggroep Zuid Gelderland, waar mijn taak deels ligt in het reguliere verpleeghuiswerk. Maar vooral ook zal ik participeren in de ontwikkeling van consultatie in de eerste lijn.

Wat mij verbaasd heeft in de afgelopen twee jaar is de bescheidenheid van de specialisten ouderengeneeskunde over de invulling van hun taak. Te vaak was er sprake van “taakvervuiling” door andere (para-) medische taken. Bovendien was er vaak onduidelijkheid over de rol van de arts in het management.

Willen wij de rol van de specialist ouderengeneeskunde meer voor het voetlicht brengen dan zal beter moeten worden uitgelegd aan bijvoorbeeld de zorgverzekeraar, maar ook aan collega specialisten, en huisartsen, hoe belangrijk deze tak in de gezondheidszorg is. En dat het geven van goede medische zorg ook geldt voor de ouderen en chronisch zieken in onze beschaafde samenleving.

Ons zelfbeeld als specialist ouderengeneeskunde kan nog wel een boost hebben; die zullen we er in eerste instantie zelf aan moeten geven!

# Triage voor geriatrische revalidatie

Dr. Romke van Balen, specialist ouderengeneeskunde, Laurens Antonius Binnenweg Rotterdam

\* deze bijdrage is geschreven voor het cursusboek van de nascholing 'Vorderingen specialisme ouderengeneeskunde', Boerhaave Nascholing 23-24 september 2011.

## INLEIDING

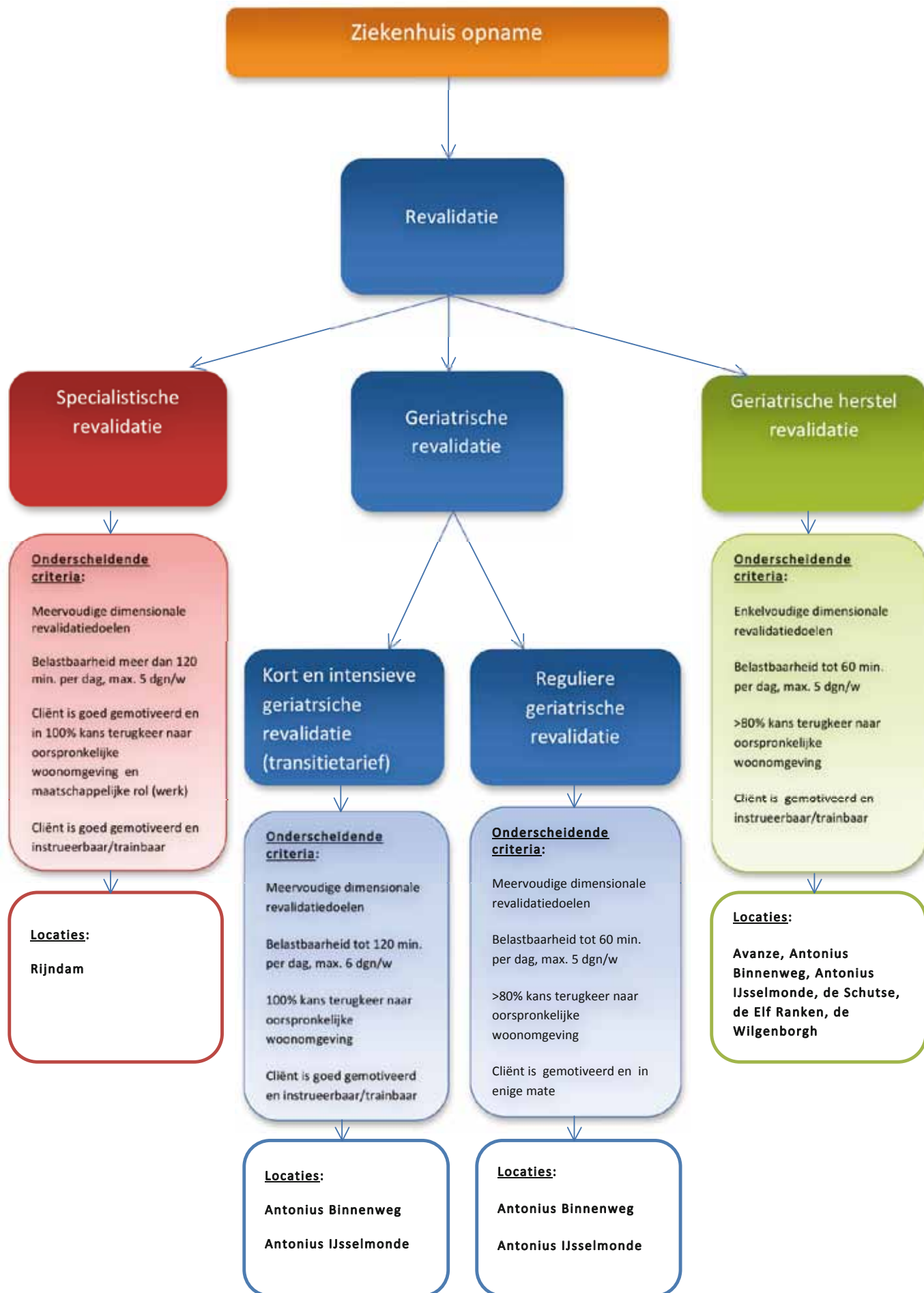
Kwetsbare thuiswonende ouderen belanden regelmatig in het ziekenhuis na een acute aandoening of een plotselinge achteruitgang in functioneren. Het ziekenhuis richt zich op de acute medische diagnostiek en behandeling. De gemiddelde ziekenhuisopnameduur wordt steeds korter en is inmiddels gedaald tot rond de 5 dagen ([www.prismant.nl](http://www.prismant.nl)). Voor de voor deze doelgroep relevante diagnoses was de gemiddelde opname duur in 2009 voor CVA, heupfractuur en heupartrose respectievelijk 11, 12, en 6 dagen. Al snel na opname moeten er dus beslissingen genomen worden over de benodigde nazorg en de ontslagbestemming. Er is immers sterk bewijs voor de effectiviteit van revalidatie na een beroerte en hersentrauma en iets minder sterk bewijs na een heupfractuur<sup>1</sup> en geriatrische revalidatie in het algemeen.<sup>2</sup> Bij een ziekenhuisopname van een kwetsbare oudere patiënt is de eerste vraag die beantwoord moet worden of de patiënt terug naar huis kan en zo ja, met welke nazorg. Indien de patiënt niet terug naar huis kan, dan rijst vervolgens de vraag of er nog mogelijkheden voor herstel/revalidatie zijn en zo ja, welke setting daarvoor het meest geschikt is.

In het schema (zie figuur 1 op de volgende pagina) zijn verschillende triagemomenten aan te wijzen. Indien de patiënt bijvoorbeeld terug naar huis kan, zal er ook gekozen moeten worden welke vorm van nazorg het meest geschikt is. Thuis zijn er diverse vormen van revalidatie mogelijk, zoals poliklinische specialistische revalidatie, enkelvoudige (fysiotherapie, ergotherapie) poliklinische nabehandeling en specialistische en geriatrische dagbehandelingen. Sinds een aantal jaren kunnen patiënten in Rotterdam (Laurens en Reuma Revalidatie Centrum) ook nabehandelingen krijgen in een geriatrische revalidatiepolikliniek. In deze bijdrage wil ik me beperken tot de triage nádat de beslissing is gevallen dat de patiënt in aanmerking komt voor klinische voortzetting van revalidatie/herstel. Grofweg betekent dit een keuze voor specialistische revalidatie, geriatrische revalidatie of geriatrisch herstel. Voor een goede triage zullen we moeten vaststellen welke verschillen in cliëntprofielen er zijn aan te wijzen en welk aanbod van zorg/behandeling hierop past.

In de Engelstalige literatuur wordt de nazorg na ziekenhuisopname post acute care (PAC) of post acute rehabilitation genoemd. Kunnen we daar wat van leren?

## POST ACUTE CARE IN HET BUITENLAND

1. Ziekenhuizen in de Verenigde Staten hebben vanouds een zeer korte opnameduur. De post acute care vindt plaats in 'inpatient rehabilitation facilities' (IRF), 'skilled nursing facilities' (SNF), long-term care hospitals (LCTH) en thuis met zorg vanuit 'home health agencies' (HHA). IRF's zijn ziekenhuizen of afdelingen van ziekenhuizen bestemd voor revalidatie. Zij moeten ten minste 3 uur multidisciplinaire therapie per dag leveren, er dient 24 uur per dag verpleging aanwezig te zijn en dagelijkse medische zorg. SNF's dienen een zorg/behandelplan te volgen, opgesteld door een arts; patiënten dienen binnen 30 dagen door een dokter te zijn beoordeeld, er dient 8 uur per dag verpleging aanwezig te zijn en verpleging dient 24 uur per dag oproepbaar te zijn. LCTH's hebben een gemiddelde opnameduur van meer dan 25 dagen en verschillen aanzienlijk in de geboden zorg en in de patiëntenpopulatie die daar is opgenomen.<sup>3</sup> Er zijn verschillen in het gebruik van PAC wat betreft diagnoses en patiëntprofiel. Heupfractuur- en beroertepatiënten maken in respectievelijk 90% en 70% van de gevallen gebruik van PAC; voor overige diagnoses zoals cardiovasculaire aandoeningen is dit veel minder het geval. Hoewel op het eerste gezicht IRF's te vergelijken zijn met de Nederlandse revalidatieklinieken en SNF's met geriatrische revalidatieafdelingen van verpleeghuizen, zijn er ook duidelijke verschillen. In de VS worden bijvoorbeeld 20% van de heupfractuurpatiënten in IRF's opgenomen en dat is in Nederland nauwelijks het geval. Verder zijn er 20-30% heropnames in ziekenhuizen tijdens de herstel/revalidatieperiode en in Nederland slechts 10%.<sup>4</sup> Een en ander heeft te maken met de unieke organisatie, inclusief de inzet van specialisten ouderengeneeskunde, van Nederlandse verpleeghuizen. In de VS lijkt er een duidelijke hiërarchie te zijn in het aanbod (intensiteit van therapie) maar geen duidelijk verschil in de indexdiagnose. Electieve heupoperatiepatiënten worden ook in IRF's opgenomen indien zij extreem obees zijn, ouder dan 85 jaar of bilaterale heupvervanging hebben gekregen.<sup>5,6</sup> Er is behoorlijke overlap in de diagnoses en patiëntprofielen tussen IRF's en SNF's. In een vergelijkende studie bij heupfractuur- en beroertepatiënten bleken IRF's gunstiger resultaten te boeken dan SNF's en deze weer gunstiger dan reguliere verpleeghuizen<sup>7</sup>. Een dergelijke studie zou in Nederland onmogelijk zijn omdat de patiëntenkenmerken te veel verschillen. Voor een juiste verwijzing naar een vervolgvoorziening na acute ziekenhuisopname zijn volgens<sup>8</sup> Bowles et al. een



Figuur 1.

aantal factoren van belang: mobiliteit, ziekenhuisopname-duur als substituuat voor ernst van ziekte en complicaties gedurende opname, leeftijd, aantal nevendiaagnosen, depressie, self rated gezondheidsscore en aanwezigheid van mantelzorger. Dit betekent dat verwijzers dus de beschikking moeten hebben over veel actuele gegevens en dat behandelend artsen de benodigde nabehandeling en nazorg fors onderschatten.<sup>9</sup> Een comprehensive assessment en samenvatting van de toestand van de patiënt zijn nodig om de beslissing te kunnen maken. Ook een multidisciplinair team is beter in staat de zorgbehoeften van deze patiënten in kaart te brengen.

2. In Engeland en de op Engelse leest geschoeide gezondheidszorg in Nieuw-Zeeland en Australië is de situatie nog meer verschillend van Nederland.<sup>10</sup> De klinische geriatrische revalidatie vindt plaats op ziekenhuisafdelingen onder leiding van geriateren. Verpleeghuizen zijn vooral gericht op chronische zorg voor dementerenden. Dit leidt tot relatief lange ziekenhuisopnames en een min of meer definitief ontslag naar een vervolgvoorziening daarna.<sup>11,12</sup>

3. De Canadese inpatient rehab referral guidelines zijn wel toepasbaar op de Nederlandse situatie. Er worden daarin eerst een aantal criteria benoemd waaraan een patiënt dient te voldoen om een kandidaat te zijn voor klinische revalidatie, vervolgens criteria rondom medische stabiliteit en toelating criteria of de patiënt gereed (ready) is voor ontslag naar geriatrische revalidatie. Er kan dan gekozen worden voor ontslag naar assessment/rehab-programma's, geriatrische revalidatieprogramma's met hoge en lager intensiteit of naar gespecialiseerde diagnose specifieke programma's zoals voor beroerte of hersentrauma.<sup>13</sup>

## SPECIALISTISCHE REVALIDATIE, GERIATRISCHE REVALIDATIE EN HERSTEL

Revalidatie wordt omschreven als een complexe behandeling die beperkingen en/of participatieproblemen opheft of vermindert. Daarmee onderscheidt het zich van de meeste medische handelingen die er immers op gericht zijn ziekte te diagnosticeren en behandelen. Revalidatie richt zich op de gevolgen van ziekte. Belangrijk in de omschrijving is ook het woord 'complex'; bij revalidatie gaat het altijd om meervoudige problemen; er is sprake van revalidatiedoelen op meerdere dimensies, zowel somatisch, psychisch als sociaal. Specialistische revalidatie is ook vaak technisch complex; er is sprake van technisch complexe handelingen en hulpmiddelen die de specifieke deskundigheid van een revalidatiearts vereisen. Patiënten komen alleen in aanmerking voor specialistische revalidatie als zij voldoende belastbaar zijn voor intensieve therapie en als terugkeer naar huis met grote waarschijnlijkheid is te verwachten. Daarnaast geldt dat specialistisch revalidatiedeskundigheid noodzakelijk is als een terugkeer naar een actieve maatschappelijke rol (bijvoorbeeld een baan) verwacht wordt. Hoewel soms een volledig herstel met revalidatie wordt nagestreefd, zul-

len revalidatiepatiënten na beëindiging van een (poli) klinische behandeling over het algemeen nog beperkingen en handicaps overhouden.

Dit laatste is ook een kenmerk van geriatrische revalidatie. Klinische geriatrische revalidatie wordt voorafgegaan door een ziekenhuisopname wegens een acute aandoening. In de meeste gevallen, met als belangrijkste uitzondering een ernstig CVA, zijn patiënten die in aanmerking komen voor geriatrische revalidatie al beperkt in functioneren vóór de ziekenhuisopname op grond van pre-existent aanwezige (multi)morbiditeit. Deze zelfde comorbide aandoeningen zijn ook de reden dat geriatrische revalidanten minder belastbaar en leerbaar zijn. Geriatrische revalidatie is complex doordat er sprake is van meerdimensionale revalidatiedoelen en comorbiditeit die leidt tot medische instabiliteit en complicaties.

Een werkgroep van de Vereniging voor specialisten ouderengeneeskunde (Verenso) definieerde geriatrische revalidatie als volgt: *Geïntegreerde multidisciplinaire zorg die gericht is op verwacht herstel van functioneren en participatie bij laag-belastbare ouderen (frail elderly) na een acute aandoening of functionele achteruitgang.*

En de nieuwe omschrijving van V&V zorgzwaartepakket 9 sluit hier naadloos op aan.

Bij deze cliëntgroep heeft medisch-specialistische diagnostiek/interventie plaatsgevonden waarbij doorgaans sprake is geweest van een opname. In aansluiting hierop is behoefte aan herstelgerichte behandeling die een integrale en multidisciplinaire aanpak vereist in een tijdelijke verblijfsituatie (meestal 2-6 maanden) met een therapeutisch leefklimaat. De medisch-specialistische diagnostiek/interventie is afgerond. Naast de aandoening waarvoor de cliënt wordt gerevalideerd heeft de cliënt ook andere problemen in de zin van comorbiditeit (zoals problemen met de bloedsomloop, het bewegingsapparaat en/of metabole stoornissen), hetgeen leidt tot instabiliteit en complicaties. In de profielomschrijving wordt een onderscheid gemaakt tussen cliënten die voorafgaand aan de revalidatie nog geen behandeling in combinatie met verblijf ontvingen (groep A) en cliënten die reeds behandeling in combinatie met verblijf ontvingen (groep B). Afhankelijk van het type revalidatie verschilt de begeleiding bij de *sociale redzaamheid*. De begeleiding is primair gericht op het weer oppakken van allerlei zaken (groep A) of op het leren omgaan met de nieuwe situatie (groep B). De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* nogal eens hulp, toezicht en sturing nodig, met name als gevolg van beperkingen op het gebied van concentratie. Bij cliëntgroep A is ten aanzien van de ADL in het begin veelal sprake van overname van zorg. In de loop van de tijd neemt deze zorgbehoefte meestal af. Bij de overgang naar huis is de vereiste advisering en instructie nodig. Bij cliëntgroep B komt deze ADL-overname bovenop de zorg die de cliënt al ontving. Deze extra zorgbehoefte neemt in de loop van de tijd meestal af.



Ten aanzien van de *mobilititeit* hebben de cliënten met name in het begin hulp nodig (groep A) of extra hulp bovenop de reeds bestaande ondersteuning (groep B). Betreffende het verplaatsen buitenshuis en binnenshuis is vaak sprake van overname. Gedurende de verblijfsperiode vermindert de mobiliteitsproblematiek grotendeels (groep A) of substantieel (groep B). In het kader van herstel is *verpleegkundige aandacht* nodig, die gedurende de herstelperiode zal afnemen. Bij deze cliënten is meestal geen (groep A) of soms (groep B) sprake van *gedragsproblematiek* en meestal geen sprake van *psychiatrische problematiek*. De *aard van het begeleidingsdoel* is ontwikkelingsgericht. De cliënt beschikt over een bepaalde mate van belastbaarheid, leerbaarheid en trainbaarheid zodat op herstel gerichte behandeldoelen kunnen worden bereikt. Voor cliëntgroep A zijn de behandeldoelen erop gericht, dat de cliënt op verantwoorde wijze zelfstandig kan wonen (thuis of in het verzorgingshuis). Voor cliëntgroep B zijn de behandeldoelen gericht op het zo veel mogelijk bereiken van het oude niveau van functioneren. Voor hen is het niet meer mogelijk om op verantwoorde wijze zelfstandig te wonen. De cliënten hebben een tijdelijke behoefte aan (extra) behandeling en zorg, op meerdere momenten per dag. De *zorgverlening* is voortdurend in de nabijheid te leveren. Bij deze cliëntgroep is sprake van een multidisciplinaire inzet van behandelaars, waarbij specialistische deskundigheid op het gebied van ouderengeneeskunde noodzakelijk is. Het *beperkingenbeeld* in het kader van de revalidatie verandert relatief snel. De *dominante grondslag* voor cliëntgroep A is een somatische ziekte/aandoening. Bij cliëntgroep B is sprake van een somatische of psychogeriatrische ziekte/aandoening, in combinatie met een revalidatiesituatie.

Er is nog een derde groep patiënten te benoemen die met een acute aandoening in het ziekenhuis wordt opgenomen en die intramuraal moet herstellen voor terugkeer naar huis. Bij deze patiënten is er sprake van enkelvoudige problematiek en revalidatiedoel. De multidisciplinaire behandeling staat niet op de voorgrond. In de meeste gevallen is alleen fysiotherapie nodig met soms ergotherapie en psychologie in consult. Een groot gedeelte van de patiënten die moeten herstellen na een electieve heup- of knieoperatie valt hieronder, evenals een kleiner gedeelte van de traumapatiënten. Ook alleen conditieverbetering na een langdurige ziekenhuisopname postoperatief is eendimensionale zorg en geen geriatrische revalidatie.

Het CIZ maakt geen adequaat onderscheid tussen geriatrische revalidatie en herstel. Er wordt soms een 'tijdelijke ZZP-6' afgegeven voor patiënten met een evidente geriatrische revalidatievraag terwijl toenemend, via Standaard Indicatie Protocollen, voor alle postoperatieve electieve heup- en knie ZZP-9 wordt geïndiceerd.

## BESLISBOOM EN CLIËNTPROFIELEN

Het onderscheid tussen specialistische en geriatrische revalidatie is zinvol omdat het op verschillende locaties plaats-

vindt en er duidelijke verschillen zijn in budget, intensiteit van therapie en de medische verantwoordelijkheid (respectievelijk revalidatiearts en specialist ouderengeneeskunde). Er zijn ook inhoudelijke argumenten om de zorg/behandeling voor geriatrische revalidatiepatiënten en herstelpatiënten te scheiden. Herstelpatiënten zijn gebaat bij een hotelmatige voorziening met goede mogelijkheden voor fysiotherapie en zelf oefenen in een goed geoutilleerde oefenruimte. Geriatrische revalidatiepatiënten zijn gebaat bij een behandelomgeving/afdeling waar een therapeutisch klimaat heerst en een heel multidisciplinair team continu overdag aanwezig is. Zie voor meer onderscheidende kenmerken tabel 1.

Laurens Rotterdam is proeftuin in het kader van de voorbereiding tot overheveling van financiering van de geriatrische revalidatie. De triage in het ziekenhuis is een speerpunt binnen de proeftuin. Het is ondoenlijk om deze triage door specialisten ouderengeneeskunde te laten verrichten. Het gaat voor Laurens om ongeveer 1500-2000 opnames ter revalidatie/herstel per jaar komend vanuit zes ziekenhuizen. Daarom is er gekozen voor een ondersteunend triage-instrument met cliëntprofielen. Dit instrument zou dan de beslissers in het ziekenhuis moeten helpen. Deze beslissers zijn over het algemeen niet de behandelend medisch specialisten (en dat is maar goed ook)<sup>9</sup> maar transferverpleegkundigen.

Op pag. 186 treft u het instrument en het cliëntprofiel-trauma aan. Er zijn ook nog profielen voor CVA, electieve orthopedie en overige.

## ONDERZOEK EN IMPLEMENTATIE

Bovengenoemd triage-instrument wordt op dit moment geïmplementeerd in een aantal Rotterdamse ziekenhuizen. Daaraan voorafgaand hebben wij in april 2011 op een aantal afdelingen van Laurens onderzocht aan de hand van de cliëntprofielen of de juiste patiënt op de juiste afdeling was opgenomen.

Van patiënten werden kenmerken verzameld door middel van vragenlijsten aan de specialist ouderengeneeskunde, de teamleidster verpleging en de fysiotherapeut.

Het betrof een afdeling voor CVA-revalidatie, een afdeling orthopedische revalidatie, een 'herstel' afdeling in een verpleeghuis en een herstelboerderij.

De belangrijkste uitkomst van deze o-meting was dat, aan de hand van de cliëntprofielen, 23% van de patiënten verkeerd was geplaatst.

CVA-patiënten waren allen goed geplaatst; dit zijn revalidanten en geen herstelpatiënten. Op de CVA-afdeling waren op het moment van onderzoek geen patiënten die eigenlijk in aanmerking kwamen voor specialistische revalidatie. Zoals verwacht was dit op de andere afdelingen al helemaal niet aan de orde.

Op de andere afdelingen was ongeveer een derde van de patiënten niet goed geplaatst; dit betrof vooral electieve orthopedie 'herstel'patiënten die op een geriatrische revalidatieafdeling waren opgenomen en geriatrische revalida-

Kenmerk	Specialistische revalidatie	Geriatrische revalidatie	Herstel
Leeftijd gem.	50	78	75
Geslacht	60% man	60% vrouw	60% vrouw
Diagnose	Hersenaand. 40% Bewegingsapp. 12% Neurologie 9% Amputaties 6% Dwarslaesie 1% Overig 28%	CVA 24% Fracturen 26% Electieve orthop. 19% Overige 31%	Electieve orthopedie Electieve chirurgie Oncologie COPD/hartfalen
Comorbiditeit	Beperkt	Gemiddeld vier actieve ne- vendiagnosen Geriatric giants: Vallen, mobiliteit, continen- tie en cognitie problemen	Beperkt
Functioneren vóór ziekenhuisopname	Zelfstandig	CVA groep zelfstandig Overige ADL- en mobiliteits- afhankelijk	Zelfstandig
Belastbaarheid	Hoog > 120 minuten therapie/dag	Matig 60 -120 minuten/dag	Wisselt
Autonomie/cognitie/ gedrag	Autonoom Alleen neuropsychologi- sche stoornissen	Verminderde autonomie Gemengde cognitieve, neu- ropsychologische en stem- mingsstoornissen	Autonoom Hoogstens MCI Soms stemmingstoornissen
Leerbaarheid	Intact, is vereist	Kan verminderd zijn	Intact
Prognose huis Prognose blijvende be- perkingen	97% naar huis Houdt na ontslag beperkin- gen en participatie proble- men	60% naar huis 10% overlijden Houdt veelal na ontslag be- perkingen en participatiepro- blemen	80% naar huis Meestal herstel tot aan niveau vóór ziekenhuisopname
Multidisciplinair	Ja	Ja	Neen, 1 paramedicus
Medische zorg	Revalidatie arts	Specialist ouderengenees- kunde	Basisarts of specialist ouderen- geneeskunde
Medische complicaties Medische stabiliteit	Beperkt Medisch stabiel	Gemiddeld twee in revalida- tie periode Medisch instabiel	Gemiddeld 1 Eerste 2 weken instabiel
Meerdimensionale doe- len	Ja + participatie in actieve maatschappelijke rol	Ja, minstens twee dimensies	1 dimensie: meestal conditie/ mobiliteit
Hoeveelheid therapie per week	10 uur per week	3,5 uur per week met transitietarief: 6, 8 uur	2 uur per week
Opnameduur gemiddeld	66 dagen	60 dagen Met transitietarief 52	30-40 dagen

Tabel 1. Patiëntkenmerken specialistische revalidatie, geriatrische revalidatie en herstel

tiepatiënten uit de categorie 'overigen' die op een herstel afdeling terecht waren gekomen.

Arts en verpleging gaven als reden hiervoor aan:

- locatie van de voorziening; sommige patiënten kiezen eerder voor geografische nabijheid dan op inhoudelijke argumenten
- verkeerde informatie vanuit het ziekenhuis
- ZZP-9 op grond van een SIP (bijvoorbeeld na een vervan-

gende heupoperatie) die automatisch leidt tot opname op een geriatrische revalidatieafdeling

Met behulp van een drietal meetinstrumenten werd het functioneren van de patiënten in kaart gebracht bij opname: de Barthel Index, de Functional Ambulation Categories en de Cognitive Performance Scale (zie tabel 2). Bij een vergelijking in kenmerken tussen groep 1 +3 (her-

Groep 1: Goed geplaatste herstelpatiënten				
Groep 2: Goed geplaatste revalidatiepatiënten				
Groep 3: Herstelpatiënten geplaatst op revalidatie				
Groep 4: Revalidatiepatiënten geplaatst op herstel				
	Groep 1	Groep 2	Groep 3	Groep 4
	N=34	N=36	N=8	N=14
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Leeftijd, gemiddelde ± SD	79,1 ± 9,9	73,6 ± 13,3	80,0 ± 3,9	71,2 ± 13,2
<b>Diagnose</b>				
CVA		19 (52,8)		
Electieve orthopedie	8 (23,5)		3 (37,5)	1 (7,1)
Traumata	18 (52,9)	8 (22,2)	2 (25,0)	3 (21,4)
Overige	8 (23,5)	9 (25,0)	3 (37,5)	2 (14,3)
<b>Barthel Index</b>				
0-4	1 (2,9)		15 (41,7)	1 (7,1)
5-9	11 (32,4)	11 (30,6)	1 (12,5)	7 (50,0)
10-14	13 (38,2)	8 (22,2)	6 (75,0)	2 (14,3)
15-19	9 (38,2)	2 (5,6)	1 (12,5)	2 (14,3)
20	2 (14,3)			
<b>CPS</b>				
>mild	1 (2,9)	18 (50,0)		3 (21,4)
<b>FAC</b>				
>2	18 (52,9)	6 (16,7)	2 (25,0)	5 (35,7)

Tabel 2. Frequenties kenmerken respondenten, uitgesplitst naar 4 groepen

CPS; Cognitive Performance Scale: score mogelijkheden; intact-borderline intact-mild impairment-moderate impairment-moderate severe impairment-severe impairment-very severe impairment

FAC; functional ambulation categories; 0-5; 0=niet lopen of niet functioneel, 5=onafhankelijk, onbeperkt

BI; 0-20; 0= maximaal hulp bij ADL en mobiliteit, 20 = zelfstandig

stel) en groep 2+ 4 (revalidatie) werden er significante verschillen ( $p < 0,05$ ) gevonden in leeftijd (t-toets), CPS en FAC (Chi-kwadraattoets).

Aan het eind van dit jaar, na implementatie van het triage-instrument in de ziekenhuizen, zal de meting herhaald worden.

## CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

De geriatrische revalidatie wordt per 1 januari 2013 overgeheveld van de AWBZ naar de ZVW. Daarmee vervalt de rol van het Centraal Indicatieorgaan Zorg die nu de toegang tot de AWBZ bewaakt.

Een heldere omschrijving van wat onder geriatrische revalidatie verstaan wordt en dus ook welke zorg in de AWBZ achterblijft, is van belang. Daarnaast is er behoefte aan een

triage-instrument om te kunnen beslissen welke patiënt, op welk moment, naar welke vervolgvoorziening dient te worden ontslagen.

Deze beslissing dient op inhoudelijke argumenten te worden genomen en niet alleen budgettair/financieel gestuurd. In de Verenigde Staten heeft de invoering van het prospective payment system geleid tot een belangrijke verschuiving in ontslagbestemmingen vanuit het ziekenhuis; meer naar skilled nursing facilities en veel minder naar rehabilitation facilities.<sup>14</sup> In de VS wordt er de nadruk op gelegd dat één van de grote voordelen van ontslagplanning is dat er een vermindering van ziekenhuisheropnames mee wordt verkregen en dat heeft grote invloed op de totale kosten.<sup>15+16</sup>

Bij de evaluatie van mogelijke verschuivingen in patiëntstromen na de overheveling van de AWBZ naar de ZVW dient het aantal heropnames in ziekenhuizen zeker te wor-

den meegenomen. Belangrijker zijn echter andere uitkomsten zoals opnameduur en functioneren bij ontslag, functioneren op de korte (vier maanden na ontslag) en lange termijn (een jaar na ontslag).

Differentiatie en specialisatie in de geboden revalidatie/herstelperiode van kwetsbare ouderen na een acute ziekenhuisopname leidt hoogst waarschijnlijk tot betere uitkomsten. Om de juiste patiënt op het juiste moment op de juiste plek te krijgen is een triage-instrument noodzakelijk. De ervaringen met triage in Rotterdam kunnen gebruikt worden bij de verdere ontwikkeling van triage waarvoor Verenso van het ministerie VWS de opdracht heeft gekregen.

## LITERATUUR

1. Prvu Bettger JA and Stineman MG. Effectiveness of multidisciplinary services in postacute care: State-of-the-science. A review. *Arch Phys Med Rehabil* 2007;88:1526-34.
2. 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;340:c1718.
3. Buntin MB. Access to postacute rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 2007;88:1488-93.
4. Peerenboom PGB, Spek J, Zekveld G, Cools HJM, van Balen R, Hoogenboom MJ. Revalidatie in de AWBZ. Omvang, aard en intensiteit. 2007. [www.etc-tangram.nl](http://www.etc-tangram.nl).
5. Kane RL. Assessing the effectiveness of postacute care rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 2007;88:1500-4.
6. Ottenbacher KJ, Graham JE. The-state-of-the-science: Access to postacute care rehabilitation services. A review. *Arch Phys Med Rehabil* 2007;88:1513-21.
7. Kramer AM, Steiner JF, Schlenker RE, et al. Outcomes and costs after hip fracture and stroke. A comparison of rehabilitation settings. *JAMA* 1997;277:396-404.
8. Bowles KH, Holmes JH, Ratcliffe SJ, Liberatore M, Nydick

R, Naylor MD. Factors identified by experts to support decision making for post acute referral. *Nurs Res* 2009;58(2):115-122.

9. Bowles KH, Ratcliffe SJ, Holmes JH, Liberatore M, Nydick R, Naylor MD. Post-acute referral decisions made by multidisciplinary experts compared to hospital clinicians and the patient's 12-week outcomes. *Med Care* 2008;46(2):158-166.
10. Conroy S, Cammen T van der, Schols J, Balen R van, Peteroff P, Luxton T. Medical services for older people in nursing homes- comparing services in England and the Netherlands. *JNHA* 2009; 13: 559-63.
11. Kroemer DJ, Bloor G, Fiebig J. Acute transition alliance; rehabilitation at the acute/aged care interface. *Aust Health Rev* 2004;28(3):266-274.
12. Whitehead C, Wundke R, Williamson L, Finucane P. Accessing residential care from an acute hospital: Can we be more efficient? *J Qual Clin Practice* 2001;21:9-12.
13. Inpatient Geriatric Rehab Triage Guideline/may 2008. [www.gtarehabnetwork.ca/](http://www.gtarehabnetwork.ca/)
14. Chan L. The-state-of-the -science. Challenges in designing postacute care payment policy. *Arch Phys Med Rehabil* 2007;88:1522-5.
15. Naylor M, Brooten D, Jones R, Lavizzo-Moury R, Mezey M, Pauly M. Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly. *Ann Intern Med* 1994; 120:99-1006.
16. Naylor M, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, Schwartz J. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders. *JAMA* 1999;281:613-62.

Correspondentieadres  
[r.vanbalen@laurens.nl](mailto:r.vanbalen@laurens.nl)

## Neemt u de zorg over? De mantelzorgvervangende wil er ook weleens tussenuit.



Yvon is chronisch ziek en kan dankzij Loes thuis blijven wonen. Laatst is Loes een paar dagen weggeweest om de accu op te laden. Yvon: "Door een vervanger van *Handen-in-Huis* werd ik uitstekend verzorgd. Hierdoor hoefde ik niet weg!"

Is zo'n vervanging ook iets voor u? En bent u bereid zich in te zetten voor minimaal 3 dagen, inclusief de 2 nachten? Dan zijn wij op zoek naar u!

Tel. 030 659 09 70  
[info@handeninhuis.nl](mailto:info@handeninhuis.nl)

handen **huis**  
MANTELZORGVERVANGING NEDERLAND

# Zorgprofiel Traumata

## werkdokument Proeftuin Laurens Noord/Zuid-oever versie 1, Februari 2011

Clïënt met een (tijdelijke) somatische beperking als gevolg van een traumata zoals bijvoorbeeld: collumfractuur, bekkenfractuur, contusie heup, (stabiele) wervelfracturen.

### Revalidatie mogelijkheden na ziekenhuisopname:

Geriatrische revalidatie kort/intensief (transitietarief)	Geriatrische revalidatie regulier	Geriatrisch revalidatie herstel
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Meervoudige dimensionale revalidatiedoelen</li> <li>Ø Belastbaarheid van cliënt, tot 120 minuten per dag, max. 6 dagen per week</li> <li>Ø 100% terugkeer naar oorspronkelijke woonomgeving binnen 7 weken (test: FAC, Barthel/KATZ-adl)</li> <li>Ø Cliënt is goed gemotiveerd en instrueerbaar/trainbaar (test: HAC, CPS, Depressiescore)</li> <li>Ø Verwachting van resterende problemen na revalidatie bij functioneren/participatie</li> <li>Ø Medisch specialistisch uitbehandeld en hemodynamisch stabiel</li> <li>Ø Door opname ziekenhuis is terugkeer naar huis niet gelijk mogelijk (cliënt of niet cliënt gebonden factoren)</li> <li>Ø Overleg Medisch Specialist en Specialist Ouderen Geneeskunde bij proeftuin kandidaat</li> <li>Ø Definitieve indicatiestelling door Specialist Ouderen geneeskunde na opname Laurens, binnen 48 uur</li> </ul> <p>Locatie/indicatie:</p> <p>Noordoever: Antonius Binnenweg (ZZP-9) Zuidoever: Antonius IJsselmonde (ZZP-9)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Meervoudige dimensionale revalidatiedoelen</li> <li>Ø Belastbaarheid van cliënt, tot 60 minuten per dag, max. 5 dagen per week</li> <li>Ø Cliënt is gemotiveerd en in enige mate instrueerbaar/trainbaar (test: HAC, CPS, Depressiescore)</li> <li>Ø Verwachting van resterende problemen na revalidatie bij functioneren/participatie</li> <li>Ø Medisch specialistisch uitbehandeld en hemodynamisch stabiel</li> <li>Ø Door opname ziekenhuis is terugkeer naar huis niet gelijk mogelijk (cliënt of niet cliënt gebonden factoren)</li> <li>Ø &gt; 80% terugkeer naar oorspronkelijke woonomgeving binnen 3 maanden (test: FAC, Barthel/KATZ-adl)</li> </ul> <p>Locatie/indicatie:</p> <p>Noordoever: Antonius Binnenweg (ZZP-9) Zuidoever: Antonius IJsselmonde (ZZP-9)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Enkelvoudige dimensionale revalidatiedoelen</li> <li>Ø Belastbaarheid van cliënt, tot 60 minuten per dag, max. 5 dagen per week</li> <li>Ø Cliënt is gemotiveerd en instrueerbaar/trainbaar (test: HAC, CPS, Depressiescore)</li> <li>Ø Geen verwachting van resterende problemen na revalidatie bij functioneren/participatie</li> <li>Ø Medisch specialistisch uitbehandeld en hemodynamisch stabiel</li> <li>Ø Door opname ziekenhuis is terugkeer naar huis niet gelijk mogelijk (cliënt of niet cliënt gebonden factoren)</li> <li>Ø &gt; 80% terugkeer naar oorspronkelijke woonomgeving binnen 3 maanden (test: FAC, Barthel/KATZ-adl)</li> </ul> <p>Locatie/indicatie:</p> <p>Noordoever: Avanze (ZZP-9 licht, ZZP-6), Antonius Binnenweg (ZZP-9), Schutse (ZZP-6), Wilgenborgh (ZZP-6) Zuidoever: Antonius IJsselmonde (ZZP-9), Elf Ranken (ZZP-6, ZZP-9 licht)</p>



## B. Werkafspraken

### Consultfunctie

#### Noordover:

Ø Consultfunctie voor Medisch Specialist: Specialist Ouderen Geneeskunde Antonius Binnenweg, Dr. Romke van Balen, tel: 06-12475208 (vaste vervanger: Herbert van der Sande, tel: 010-2412902)

Ø Consultfunctie voor de transferverpleegkundige of gespecialiseerd verpleegkundige: Nancy Dammes/Dosha Sijens, Opnamecoördinatoren Antonius Binnenweg, tel: 06-16914703

#### Zuidover:

Ø Consultfunctie voor Medisch Specialist en transferverpleegkundige: Specialist Ouderen Geneeskunde Antonius IJsselmonde, Jet van Es, 06-17101237

#### Exclusie klinische opname:

- Ø Palliatieve zorg (ZZP-10), kortere levensverwachting dan 3 maanden;
- Ø Acute verslavings-, psychiatrische-, of psychogeriatrische (vergevoerde dementie) die deelname aan revalidatie/herstelprogramma verhinderen.
- Ø Verwachting dat geen herstel van functioneren wordt verwacht en terugkeer naar oorspronkelijke woonomgeving niet haalbaar is.

#### Aandachtspunten:

- Ø Isolatie i.v.m. besmettingsgevaar (MRSA)
- Ø Ernstige obesitas (aangepaste hulpmiddelen)
- Ø Vernevelingsmedicatie, zuurstoftoediening
- Ø Infusie vocht/medicatie
- Ø Kunstmatige voeding (maagsonde/pomp)
- Ø VAC-pompen
- Ø Indicatie langer dan 3 maanden;
- Ø Tijdelijke cognitieve stoornis (delier)

Het klantprofiel is een richtlijn/hulpmiddel met als doel om de beslissing tot de juiste vorm van nazorg te ondersteunen. Dit profiel is geen vervanger van de wettelijk vastgelegde indicatiecriteria van het CIZ of andere instanties.

# BKV nodigt u uit:

op 25 november bij onze lunchsessie "in iedere specialist ouderengeneeskunde schuilt een manager"

Ook illustreren we via 10 stellingen enkele actuele onderwerpen binnen uw vakgebied als specialist ouderengeneeskunde. Kom op de koffie in stand 22 en geef uw mening over de stellingen!

Neem contact op [+31 \(0\)888 - 22 55 88](tel:+3120888225588) of [www.werkvoorartsen.nl](http://www.werkvoorartsen.nl)

The logo for BKV (Beroepsvereniging van Kennisvakken) consists of the lowercase letters 'b', 'k', and 'v' in a stylized, bold font. The 'b' and 'v' are blue, while the 'k' is red.

vacatures - loopbaanadvies - werving & selectie - job alert > [www.werkvoorartsen.nl](http://www.werkvoorartsen.nl)

# Oost west, thuis best?

Jacobien Erbrink

Hij fietste met zijn hoofd gebogen, om over zijn bril heen te kunnen kijken. Verrekte regen. Had het nou niet een kwartiertje droog kunnen blijven? Eén kwartiertje maar, de rest van de dag had het wat hem betreft dan verder mogen regenen. Nee dus. De weergoden hadden anders beslist. Huiverend reed hij de parkeerplaats van het verpleeghuis over, vlak langs de glanzende, slanke jaguar. Peter fronste zijn wenkbrauwen. Was dat niet...?

In de hal van het verpleeghuis kwam Vreeland van Zutphen hem al tegemoet. 'Prins, goddank dat je er bent, je moet me helpen'. Peter deed een stap achteruit. Maar Vreeland pakte hem bij zijn arm en sprak op dringende toon verder. 'Mijn vrouw is eergisteren gevallen in de tuin. Collumfractuur. Ze is meteen geopereerd.' Vreeland hield zijn arm omklemd, terwijl ze naar de artsenkamer liepen. 'Heeft van de geriatr haldol gekregen. Maar ik ben toch bang voor een delier, dat heeft ze al eens eerder gehad', vervolgde hij, 'dus ik wil graag dat ze zo snel mogelijk naar huis komt. Een vertrouwde, herkenbare omgeving is toch belangrijk?' Vragend keek hij Peter aan.

Deze knikte. Hij liet zijn natte jas van zijn schouders glijden, de hand van Vreeland gleed tot zijn opluchting mee. Snel hing hij zijn jas op en ging achter zijn bureau zitten. Nu kon hij Vreeland aankijken. 'Erg vervelend van je vrouw.' Vreeland wreef rusteloos in zijn handen. 'Ja, dat kun je wel zeggen. Maar no use crying over spilt milk.' Hij priemde zijn beide wijsvingers als pistolen in de richting van Peter, 'Kunnen jullie thuisrevalidatie regelen?'

Peter deinsde onwillekeurig terug. Hij schraapte zijn keel. 'Geen idee', antwoordde hij naar waarheid en staarde wat ongemakkelijk naar de priemende vingers. Er ging toch iets dreigends vanuit.

Vreeland keek hem aan. 'Gisteren sprak ik de secretaresse van de fysiotherapie hier en die zei dat ze nooit thuisrevalidatie deden', vervolgde hij.

Peter aarzelde. 'Dat klopt', verklaarde hij toen. Hij leunde nog iets verder achterover in een poging om aan die wijsvingers te ontsnappen. Tevergeefs. Vreeland boog naar voren, met vingers en al. 'Ik heb ook jullie zorgmakelaar gebeld' ging hij door. 'Zij zei dat ze niets kon doen als er geen indicatie was gesteld door het CIZ.'

Peter sloeg onwillekeurig zijn armen over elkaar. 'Inderdaad, via het CIZ komt je vrouw bij ons op de wachtlijst en dan kan de zorgmakelaar pas wat doen', legde hij de procedure uit. Voor hij het wist had hij ook zijn benen over elkaar geslagen.

'Je weet dat ik mijn vrouw niet op de wachtlijst wil hebben', Vreeland klonk gedecideerd, 'dus ik heb ook nog de psycholoog gebeld om advies.' Hij bleef Peter aankijken.



'En...?', voelde deze zich verplicht te vragen.

'Ze was er niet. Op vakantie. En die andere is er op woensdag überhaupt nooit.' Vreeland zuchtte en leunde achterover in zijn stoel. Hij liet zijn handen op zijn knieën rusten. 'Kortom, ik ben gisteren geen steek opgeschoten', concludeerde hij.

'Ik hoor het', beaamde Peter ademloos. Zijn schouders voelden gespannen. Zijn handen lagen afgeknepen tintelend in zijn oksels. Langzaam ademde hij uit, nu de pistolen niet meer op hem gericht waren.

Vreeland keek hem onderzoekend aan. 'Je bent niet erg toeschietelijk vandaag, Prins', merkte hij op, 'gaat het wel goed met je?' Peter verstijfde, hij voelde zich betrappt.

Opnieuw leunde Vreeland naar voren en keek hem indringend aan. 'Je moet me wel helpen, kerel, jij weet hoe de situatie is bij ons thuis. Mijn vrouw kan het beste thuis revalideren. Dat ben je toch met me eens? Dus dat gaan we regelen!' Peter voelde de vastberaden blik van Vreeland van Zutphen op zich rusten. Het zweet stond plotseling in zijn handen. Thuisrevalidatie. Hij had geen idee hoe hij dat voor elkaar moest krijgen.

'Over vijf minuten heb ik een afspraak met je baas.' Vreeland keek op zijn horloge. 'Jij gaat mee. Jij kent de situatie. Naar jou luisteren ze.'

Peter sloeg zijn agenda open in een poging een drukbezet man te lijken. Hij hoopte dat zijn ochtend plotseling volgeboekt zou zijn met dringende zaken. Een lege pagina grijnsde hem toe. Wat een waardeloos ding, die agenda.

Er zat niks anders op. 'Ik heb niet meer dan een half uur voor je', stelde hij, onverwacht fel.

Vreeland stond op en sloeg verheugd een arm om hem heen. 'Jij doet tenminste iets!'

Peter durfde hem niet aan te kijken. Zijn borst kneep samen. Hij voelde zich machtelozer dan ooit.

AMUSE

Correspondentieadres  
j.erbrink@vanneynsel.nl

# Literatuuronderzoek naar valangst

## na een heupfractuur: meetinstrumenten, prevalentie, interventies en associaties

Drs. Jan Visschedijk, Specialist Ouderengeneeskunde, Zorggroep Solis, Deventer

Prof. dr. Wilco Achterberg, Hoogleraar Institutionele Zorg en Ouderengeneeskunde, LUMC, Leiden

Dr. Romke van Balen, Specialist Ouderengeneeskunde, Zorggroep Laurens, Rotterdam

Prof. dr. Cees Hertogh, Hoogleraar Ethiek van de Zorg voor Kwetsbare Ouderen, VUMC, Amsterdam

### INLEIDING

Elk jaar breken in Nederland ongeveer 18.000 ouderen hun heup.<sup>1</sup> In de meeste gevallen volgt een operatie, waarna zo spoedig mogelijk het revalidatietraject gestart wordt. Het uiteindelijke functionele resultaat na een heupfractuur is in belangrijke mate afhankelijk van deze revalidatie.<sup>2</sup> Hoewel er nog veel onduidelijk is over dit traject spelen psychologische factoren een grote rol.<sup>3</sup> Valangst is daarbij mogelijk een belangrijke factor, en lijkt soms meer impact te hebben dan depressie of pijn.<sup>4</sup>

Aanvankelijk werd valangst in de literatuur vooral beschreven als een 'post-fall syndrome',<sup>5</sup> maar later is vaak geprobeerd dit concept breder te omschrijven. De definitie van Tinetti werd daarbij veelvuldig gebruikt: "a lasting concern about falling that leads to an individual avoiding activities that he/she remains capable of doing".<sup>6</sup> Anderen definiëren valangst vooral als verlies van vertrouwen om de balans te handhaven.<sup>7</sup>

Het is bekend dat valangst veel voorkomt bij thuiswonende ouderen.<sup>8</sup> Echter in welke mate valangst na een heupfractuur voorkomt en wat de invloed op het revalidatieproces is, is nog nauwelijks onderzocht. Vandaar dat een literatuuronderzoek is verricht om de volgende vragen te beantwoorden:

- Welke instrumenten worden gebruikt om valangst na een heupfractuur te meten?
- Hoe vaak komt valangst voor bij ouderen met een heupfractuur?
- Welke factoren zijn geassocieerd met valangst na een heupfractuur?
- Welke interventies kunnen valangst na een heupfractuur verbeteren?

### METHODE

In 2009 werd een literatuuronderzoek uitgevoerd. Daarbij werden onder meer PubMed (Medline), Embase, PsychINFO en CINAHL geraadpleegd. Deze databases werden doorzocht met termen zoals 'hip fracture', 'proximal femur fracture', 'fear of falling' and 'psychological factors'.

Op basis van titels werden 819 artikelen gevonden. Na een eerste screening bleven er 151 over, waarvan de samenvattingen werden gelezen. Na het lezen van deze samenvattingen werden 32 geselecteerd, die volledig werden gelezen. Ongeveer de helft hiervan (15) bevatte relevante informatie om de onderzoeksvragen te beantwoorden.

Helaas was het niet mogelijk om goede vergelijkingen tussen de diverse studies te maken en om de kwaliteit van de studies te beoordelen. Dit was vooral het gevolg van de grote mate van heterogeniteit van de studies, wat betreft opzet, doelstellingen, variabelen en uitkomstmaten. Ook een meta-analyse was daarom niet mogelijk.

### RESULTATEN

In totaal werden vijftien studies gevonden. Acht studies kwamen uit Europa, vijf uit Noord Amerika (Verenigde Staten, Canada) en twee uit Australië (zie tabel 1). Geen van de studies kwam uit Nederland.

Alle studies gebruikten minstens één meetinstrument. Enkele studies bestudeerden met name de risicofactoren voor valangst. In elf studies kon informatie gevonden worden over factoren (soms uitkomstmaten) die een relatie met valangst hadden. Slechts in vier studies werden interventies om valangst te verminderen beoordeeld.

### WELKE INSTRUMENTEN WORDEN GEBRUIKT OM VALANGST BIJ HEUPREVALIDANTEN TE METEN?

Grofweg konden de instrumenten worden verdeeld in twee groepen, namelijk instrumenten die beoogden om valangst direct te meten en instrumenten die zich vooral richtten op het vertrouwen om de balans te houden en het zelfvertrouwen (self-efficacy) om niet te vallen. In de meeste gevallen bestond de eerste groep uit instrumenten die slechts één vraag bevatten (Bent u bang om te vallen?), terwijl de tweede groep meestal meerdere items bevatte. Van de laatste groep werden de Activity-related Balance Confidence Scale (ABC) en de Fall Efficacy Scale (FES) veelvuldig gebruikt. De FES was bovendien meerdere malen gemodificeerd, meestal door een aantal items toe te voegen.<sup>16,23</sup> Hoewel deze instru-

menten wel bij heuprevalidanten werden gebruikt, konden er geen studies worden gevonden waarin de psychometrische eigenschappen van deze instrumenten voor heuprevalidanten werden getest.

Er bestond wel vaak een relatie tussen de meetinstrumenten. In het onderzoek van Ingemarsson et al., 25 dagen na de operatie, was er een significant verband tussen de FES (Zweedse versie) en 'one-item' meetinstrument.<sup>13</sup> Een voordeel van de FES bij deze studie was dat dit meetinstrument

ook duidelijk aangaf welke activiteiten nog meer training vereisten.

Andere studies bij heuprevalidanten vonden dat de FES meer gevoelig was voor verandering dan de ABC-schaal.<sup>18</sup> Dit komt overeen met eerdere bevindingen waaruit blijkt dat de ABC-schaal beter gebruikt kan worden bij relatief gezonde ouderen dan bij meer kwetsbare ouderen.<sup>23</sup>

Studie	Onderzoekssituatie	Meetinstrument voor valangst
Becker et al., 2003 <sup>9</sup>	Patiënten met heupfractuur opgenomen in 5 ziekenhuizen in Duitsland	Eén vraag: Bent u bang om te vallen? Schaal 1-6.
Casado et al., 2009 <sup>10</sup>	Patiënten met heupfractuur opgenomen in 9 ziekenhuizen in in Baltimore, VS.	Eén vraag: Kunt u valangst aangeven op een schaal van 0-4? Schaal 0-4.
Crotty et al., 2002 <sup>11</sup>	Patiënten met heupfractuur opgenomen in 3 ziekenhuizen in Adelaide, Australië.	Activities-specific Balance Confidence Scale (ABC), 16 items, schaal 0-100% vertrouwen. Falls Efficacy Scale (FES), 10 items, schaal 10-110.
Hauer et al., 2002 <sup>12</sup>	Patiënten opgenomen op acute zorg of revalidatie afdeling vanwege heupfractuur of heupvervangning in ziekenhuis Duitsland.	Eén vraag: Bent u bang om te vallen? Schaal 0-3.
Ingemarsson et al., 2000 <sup>13</sup>	Patiënten met heupfractuur postoperatief opgenomen op geriatrische afdeling van ziekenhuis in Gothenborg, Zweden.	Falls Efficacy Scale – Zweedse versie, 13 items, schaal 0-130. Eén vraag: Bent u bang om te vallen? Schaal 0-3
Jones et al., 2006 <sup>14</sup>	Patiënten met heupfractuur die herstellen op een revalidatie afdeling van een academisch ziekenhuis in Ontario, Canada.	Activities-specific Balance Confidence Scale (ABC), 16 items, schaal 0% -100% vertrouwen. Falls Efficacy Scale (FES), 10 items, schaal 10-100.
Kulmala et al., 2007 <sup>15</sup>	Patiënten met heupfractuur die geopereerd werden in een regionaal ziekenhuis in Finland.	Activities-specific Balance Confidence scale (ABC), 16 items, schaal 16-160.
McKee et al., 2002 <sup>16</sup>	Patiënten met heupfractuur opgenomen in een ziekenhuis in Verenigd Koninkrijk.	Ingeschat risico om nogmaals te vallen in de komende twee maanden, 1 item, schaal 1-6. Falls Efficacy Scale (FES), 10 items, schaal 10-60.
Muche et al., 2003 <sup>17</sup>	Patiënten met heupfractuur opgenomen in 5 ziekenhuizen in regio Ulm, Zuid Duitsland.	Eén vraag: Bent u bang om te vallen? Schaal 1-6.
Oude Voshaar et al., 2006 <sup>4</sup>	Patiënten met heupfractuur opgenomen op een orthopedische afdeling van ziekenhuis in Manchester, Verenigd Koninkrijk.	Modified Falls Efficacy Scale (MFES), 14 items, schaal 0-140.
Petrella et al., 2000 <sup>18</sup>	Patiënten met heupfractuur die deelnemen aan een revalidatie programma na opname in ziekenhuis in Ontario, Canada	Falls-Efficacy Scale (FES), 10 items, schaal 1-10 (gemiddelde van de items). Activities-Specific Balance Confidence scale (ABC), 16 items, schaal 0% -100% vertrouwen.
Resnick et al., 2007 (1) <sup>19</sup>	Patiënten met heupfractuur opgenomen in ziekenhuizen in Baltimore, VS.	Eén vraag: Bent u bang om te vallen? Schaal 0-4.
Resnick et al., 2007 (2) <sup>20</sup>	Vrouwelijke patiënten met heupfractuur opgenomen in ziekenhuizen in Baltimore, VS.	Eén vraag: Bent u bang om te vallen? Schaal 0-4.
Whitehead et al., 2003 <sup>21</sup>	Patiënten met heupfractuur opgenomen in Flinders Medical Centre, Australië.	Falls Efficacy Scale (FES), 10 items, schaal 0-100. Activities-Specific Balance Confidence schaal (ABC), 16 items, schaal 0% -100% vertrouwen.
Ziden et al., 2008 <sup>22</sup>	Patiënten met heupfractuur opgenomen in Sahlgrenska University Hospital. Gothenborg, Zweden.	Falls Efficacy Scale (FES) – Zweedse versie, 13 items, schaal 0-130.

Tabel 1 Overzicht van studies naar valangst

## HOE VAAK KOMT VALANGST VOOR BIJ PATIËNTEN MET EEN HEUPFRACTUUR?

Enkele studies gaven enig inzicht in de prevalentie van valangst na een heupfractuur. Deze studies waren moeilijk te vergelijken omdat steeds verschillende meetinstrumenten werden gebruikt en er geen duidelijke afkappunten bestonden. In een studie die ongeveer een week na de operatie plaatsvond gaf 50% valangst aan (score van >3 op schaal van 1-6 (1=geen angst, 6=zeer sterke angst)).<sup>17</sup> In een andere studie, gemiddeld 25 dagen na de operatie, gaf 65% aan dat ze soms of vaak valangst hadden.<sup>13</sup>

In een studie waarbij over een langere periode werd gemeten, werd na een maand, na vier maanden en na zeven maanden, respectievelijk een score gevonden van 1.67, 1.55 en 1.78 (1-iteminstrument: bent u bang om te vallen? 0=niet, 1=beetje, 2=tamelijk, 3=erg).<sup>12</sup>

In een andere studie waar de FES(S) 15 dagen na de operatie werd gebruikt werd een valangst van 5.6 gemeten (schaal liep van 0-10, waarbij 0 geen enkel vertrouwen is en 10 volledig vertrouwen om niet te vallen). De hoogste scores hadden betrekking op persoonlijke verzorging, naar het toilet gaan, in en uit een stoel gaan, en in en uit bed gaan.<sup>13</sup>

## WELKE FACTOREN ZIJN GERELATEERD AAN VALANGST NA EEN HEUPFRACTUUR?

In elf van de vijftien gevonden studies werden associaties gevonden tussen valangst en andere factoren. In tabel 2 zijn de belangrijkste bevindingen opgesomd.

Slechts één studie kon worden gevonden waarin determinanten voor valangst na een heupfractuur werden onderzocht.<sup>16</sup> Uit deze studie bleek dat de FES een sterke relatie had met beperkingen in de activiteiten voor de val en met vallen zelf.

Factor gerelateerd met valangst na een heupfractuur	Studie	Gebruikte variabele	Gevonden associatie
Activiteiten voor fractuur	McKee et al., 2002 <sup>16</sup>	Aangepaste ADL schaal (zelfbeoordeling van mobiliteit, activiteiten binnenshuis en buitenshuis)	Valangst (FES) gerelateerd aan activiteitsproblemen voor de val.
Valgeschiedenis	McKee et al., 2002 <sup>16</sup>	Valgeschiedenis (niet eerder gevallen, niet gedurende afgelopen jaar, wel gevallen in afgelopen jaar)	FES was gerelateerd aan valgeschiedenis.
Mortaliteit	Becker et al., 2003 <sup>9</sup>	Mortaliteit binnen 6 maanden na operatie	Odds ratio van 4,22 voor mortaliteit (95%CI: 0,80-4,80).
	Muche et al., 2003 <sup>17</sup>	Mortaliteit binnen 6 maanden na operatie	Percentage van patiënten dat overleed was voor patiënten met een sterke valangst en patiënten zonder valangst respectievelijk 17,7% en 4,5%.
Institutionalisering	Becker et al., 2003 <sup>9</sup>	Verblijven in een verpleeghuis 6 maanden na operatie	Odds ratio van valangst voor institutionaliseren was 2,23 (95%CI: 0,79 – 6,27).
	Muche et al., 2003 <sup>17</sup>	Verblijven in een verpleeghuis 6 maanden na operatie	Percentage van patiënten dat verbleef in een verpleeghuis was voor patiënten met sterke valangst en patiënten zonder valangst respectievelijk 31.1% en 17.2%.
Fysiek functioneren, functioneel herstel, balans, mobiliteit	Becker et al., 2003 <sup>9</sup>	In staat zijn om naar buiten te gaan zonder hulp van anderen	Odds ratio van valangst voor verlies van mobiliteit was 1,96 (CI: 0,80 – 4,80).
	Ingemarsson et al., 2000 <sup>13</sup>	“Functional reach”	Er bestond een significante relatie tussen valangst (FES) en balans (FR) (p<0.001).
	McKee et al., 2002 <sup>16</sup>	Functioneel herstel na trauma; fysieke beperking op “Functional Limitation Profile” (FLP)	Fysieke beperking was na twee maanden gerelateerd met FES score Fysieke beperking was gerelateerd met “verwacht risico om opnieuw te vallen”
	Muche R et al., 2003 <sup>17</sup>	In staat zijn om naar buiten te gaan zonder hulp van anderen	Percentage van patiënten met mobiliteitsbeperkingen was voor patiënten met sterke valangst en patiënten zonder valangst respectievelijk 37,5% en 18,8%.

Tabel 2 Variabelen die gerelateerd zijn met valangst na een heupfractuur



Dat valangst een voorspeller voor mortaliteit kan zijn bleek uit twee Duitse longitudinale studies, waarbij dezelfde studiepopulatie werd gebruikt.<sup>9,17</sup> Valangst stond als voorspelende factor voor mortaliteit op de derde plaats na 'ADL-score voor de fractuur' en geslacht. Uit dezelfde Duitse studies bleek dat er ook een relatie was tussen valangst en de kans om zes maanden na de operatie in een verpleeghuis te verblijven.

Veel studies gaven een relatie aan tussen valangst en functionele uitkomsten zoals mobiliteit. Valangst is een onafhankelijke variabele voor functionele beperkingen op de Functional Limitation Profile (FLP).<sup>16</sup> De relatie tussen valangst en functionele uitkomsten werd ook in een andere longitudinale studie bevestigd.<sup>4</sup> In een multivariaat model voorspelde valangst zes weken na de operatie functioneel herstel na zes maanden, onder meer gemeten met 'timed up and go'-test en 'functional reach'-test.

Deelstudies van de Baltimore Hip Studies gaven zes maanden na de heupfractuur een relatie aan tussen valangst en de tijd die geoeft werd.<sup>19</sup> Ook na twaalf maanden besteedden patiënten met minder valangst meer tijd aan training.

In drie studies werd de relatie tussen valangst en vallen geanalyseerd. Een lage ABC-score, dus meer valangst, was geassocieerd met herhaaldelijk vallen en met een lagere Berg Balans Score.<sup>15</sup> Opvallend was dat patiënten die binnen vielen een lage ABC-score hadden, maar dat er geen verschil was in de ABC-score tussen al dan niet buitenshuis vallen. Uit een andere studie bleek dat patiënten zonder valgeschiedenis, die twee maanden na ontslag uit het ziekenhuis werden onderzocht, een betere FES-score hadden.<sup>16</sup> Tenslotte werd deze relatie tussen valangst en vallen ook bevestigd in een andere studie waarin vellers en niet-vellers werden vergeleken.<sup>21</sup> Patiënten die waren gevallen in de vier maanden na een heupfractuur hadden een significant lagere FES en ABC score.

## WELKE INTERVENTIES KUNNEN VALANGST NA EEN HEUPFRACTUUR VERMINDEREN?

Slechts vier studies werden gevonden waarbij onderzocht werd wat de gevolgen waren van interventies op valangst na een heupfractuur. Helaas werden in deze studies patiënten met ernstige comorbiditeit en cognitieve stoornissen veelal uitgesloten.

Crotty et al.<sup>11</sup> evalueerden een revalidatieprogramma waarbij patiënten direct na ontslag thuis werden bezocht door fysiotherapeuten om een aantal specifieke doelen te formuleren. Daarna volgde een oefenprogramma van ongeveer vier weken. Uit de studie bleek dat de FES vier maanden na de interventie significant beter was voor de interventiegroep.

Een andere interventie werd bestudeerd door Hauer et al.<sup>12</sup> Hierbij ging het om een programma van twaalf weken dat ook direct na ontslag startte. Het programma bevatte onder meer intensieve training van spieren en functionele training om de balans te verbeteren. Hoewel ook deze training een vermindering van valangst opleverde was deze niet-significant.

Een groepstraining programma, dat zich vooral richtte op lopen en het versterken van de spierkracht van de benen, werd door Jones et al.<sup>14</sup> uitgevoerd. Hoewel er ook hier wel meer verbetering was bij de interventie groep wat betreft de FES was dit niet significant. De FES verbeterde bij de interventie groep van 83,9 tot 93,6, bij de controle groep van 89,1 tot 94,4.

Ook Ziden et al. bestudeerden een revalidatie programma thuis.<sup>22</sup> Dit programma dat slechts drie weken duurde was gericht op verbetering van ADL en balans. De interventie groep liet een significant betere FES zien. De gemiddelde verbetering voor de interventie en de controlegroep was respectievelijk 30,6 en 13,5 (FES-Swedish version: 13 items; schaal 0-130). Met name was er een verbetering voor ADL en traplopen.

## DISCUSSIE

In dit overzicht werden vijftien studies geëvalueerd die informatie geven over valangst na een heupfractuur.

In alle studies werden meetinstrumenten voor valangst gebruikt. Deze meetinstrumenten kunnen verdeeld worden in twee groepen, i) instrumenten die valangst meten met één enkele vraag en ii) 'multi-items'-instrumenten die met name het houden van de balans en zelf vertrouwen (self-efficacy) om niet te vallen meten, zoals de ABC-schaal en de FES. De ABC-schaal bevat echter vrij veel complexe activiteiten die vooral van toepassing zijn op ouderen die actiever zijn, en minder op kwetsbare ouderen na een heupfractuur. De FES werd in diverse modificaties gebruikt, soms meer gericht op vertrouwen om niet te vallen, soms meer expliciet op de angst die iemand heeft om de balans te verliezen en te vallen gedurende een bepaalde activiteit. Omdat de FES een plafondeffect lijkt te hebben, werden ook modificaties van de FES ontwikkeld.<sup>22</sup> De FES-International heeft bijvoorbeeld moeilijkere en meer complexe activiteiten. Voor kwetsbare ouderen, zoals de meeste revalidanten na een heupfractuur, is deze schaal, evenals de ABC-schaal misschien minder adequaat. Mogelijk dat de Zweedse versie van de FES (FES(S)) meer geschikt is, omdat deze zich meer richt op de ADL.

Er werden geen studies gevonden die de psychometrische eigenschappen van deze instrumenten evalueerden voor patiënten met een heupfractuur. Jorstad et al.<sup>23</sup> evalueerden in een overzichtartikel wel instrumenten die bij andere populaties voor valangst zijn gebruikt. Zij concludeerden dat

de meeste studies die de psychometrische eigenschappen beoordelen betrekking hebben op instrumenten met meerdere items, die over zelfvertrouwen (self-efficacy) gaan. Zij geven aan dat deze instrumenten waarschijnlijk daardoor een sterkere en beter onderzochte theoretische basis hebben dan de '1-item'instrumenten.

Ook waren er geen (longitudinale) studies die precies aangaven wat de prevalentie van valangst over een langere tijdsduur is. Dit kon ook niet uit vergelijking van verschillende studies worden afgeleid omdat er steeds verschillende meetinstrumenten werden gebruikt. Een andere beperking was dat bijna alle studies in meer of mindere mate patiënten met cognitieve en ernstige fysieke afwijkingen excludeerden. Dit geeft een selectiebias, en het is niet ondenkbaar dat patiënten met verminderde cognitie en veel comorbiditeit meer last van valangst hebben. Scheffer et al.<sup>8</sup> geven in een review aan dat bij 21-85% van de thuiswonende ouderen valangst voorkomt. De bevindingen van deze review liggen binnen deze brede grenzen.

Diverse factoren worden geassocieerd met valangst bij thuiswonende ouderen<sup>8</sup>, waarvan een flink aantal ook in deze review wordt teruggevonden. Omdat de meeste studies cross-sectioneel zijn waren causale verbanden niet aan te geven. Slechts één of meerdere vallen in het verleden en verminderde pre-morbide activiteit bleken risicofactoren voor valangst.<sup>16</sup> Wel bleek uit de review dat valangst een voorspeller is voor belangrijke uitkomsten van het revalidatie proces, zoals mobiliteit, mortaliteit en institutionalisering. Echter meer onderzoek is nodig om te onderzoeken hoe deze relaties precies verlopen en/of er causaliteit bestaat.

Belangrijk is ook dat valangst invloed lijkt te hebben op trainingsinspanning.<sup>10</sup> Dit betekent immers dat dan al binnen het revalidatietraject valangst verminderd moet worden, omdat training een bepalende factor voor de uiteindelijke uitkomsten is.<sup>2</sup> Ook op dit gebied is meer onderzoek nodig om de precieze relatie tussen valangst en uitkomsten van het revalidatietraject te beoordelen.

Uit de interventiestudies kan voorzichtig geconcludeerd worden dat valangst verminderd kan worden.<sup>11,22</sup> Deze studies moeten wel met enig voorbehoud geïnterpreteerd worden omdat ze alleen relatief gezonde ouderen includeerden. Bovendien was het aantal deelnemende patiënten meestal klein. Mogelijk dat daardoor de associatie in de studie van Hauer et al.<sup>12</sup> ook niet significant was. Verder was de follow-up in deze studies vaak kort. Zo had de studie van Ziden et al.<sup>22</sup> slechts een follow-up van één maand, waardoor het niet duidelijk is of de verbeteringen ook duurzaam zijn.

Interessant is dat de laatste jaren steeds meer programma's zijn ontwikkeld om valangst te verminderen.<sup>24</sup> Deze programma's zijn echter wel vooral gericht op thuiswonende

ouderen. Belangrijke elementen in deze programma's betreffen oefentherapie (balanstraining, lopen, Tai Chi) en educatie (discussie over valrisico's, actief blijven). Of dergelijke programma's ook zinvol zijn voor ouderen na een heupfractuur valt nog te bezien.

Een belangrijke beperking van deze review is het gebrek aan prospectieve studies. De meeste studies waren cross-sectioneel waardoor het moeilijk is causale verbanden aan te geven. Bovendien bevatten de meeste studies slechts relatief gezonde ouderen, hetgeen extrapolatie van de uitkomsten naar revalidanten die bijvoorbeeld in het verpleeghuis revalideren onmogelijk maakt. Immers veel van deze patiënten hebben chronische ziekten.<sup>25</sup>

Dit literatuuroverzicht geeft aan dat valangst veel voorkomt bij ouderen met een heupfractuur. Bovendien blijkt dat valangst gerelateerd is met ongunstige uitkomsten van het revalidatieproces. Echter de kennis over risicofactoren voor valangst en de precieze causale relatie met belangrijke uitkomsten is nog vrij duister. Dergelijke informatie is wel nodig om valangst te verminderen en de uitkomsten van revalidatie te verbeteren, vooral voor ouderen met cognitieve en andere fysieke problematiek. Met deze kennis kunnen ook betere interventies tegen valangst worden ontwikkeld.

Een artikel gebaseerd op deze literatuurstudie is eerder gepubliceerd in de Journal of the American Geriatric Society: "Visschedijk J, Achterberg W, van Balen R, Hertogh C. Fear of Falling After Hip Fracture: A Systematic Review of Measurement Instruments, Prevalence, Interventions, and Related Factors. JAGS 2010; 58:1739-1748".

## LITERATUUR

1. [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)
2. Chudyk AM, Jutai JW, Petrella RJ et al. Systematic review of hip fracture rehabilitation practices in the elderly. *Arch Phys Med Rehabil* 2009;90:246-62.
3. Mossey J, Mutran E, Knott K et al. Determinants of recovery 12 months after hip fracture; the importance of psychosocial factors. *Am J Public Health* 1989;79:279-286.
4. Oude Voshaar RC, Banerjee S, Horan M et al. Fear of falling more important than pain and depression for functional recovery after surgery for hip fracture in older people. *Psychol Med* 2006;36:1635-1645.
5. Legters K. Fear of falling. *Phys Ther* 2002;82:264-72.
6. Tinetti ME, Powell L. Fear of falling and low self-efficacy: a case of dependence in elderly persons. *J Gerontol* 1993;48:35-8.
7. Maki BE, Holliday PJ, Topper AK. Fear of falling and postural performance in the elderly. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1991;46:M123-M131.
8. Scheffer AC, Schuurmans MJ, Dijk N van et al. Fear of falling; measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age Ageing* 2008;37:19-24.

9. Becker C, Gebhard F, Fleischer S et al. Hack A, Kinzl L, Nikolaus T, Muche R. Prediction of mortality, mobility and admission to long-term care after hip fractures. *Unfallchirurg* 2003;106:32-8.
10. Casado BL, Resnick B, Zimmerman S et al. Social support for exercise by experts in older women post-hip fracture. *J Women Aging* 2009;21:48-62.
11. Crotty M, Whitehead CH, Gray S et al. Early discharge and home rehabilitation after hip fracture achieves functional improvements: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 2002;16:406-13.
12. Hauer K, Specht N, Schuler M et al. Intensive physical training in geriatric patients after severe falls and hip surgery. *Age Ageing* 2002;31:49-57
13. Ingemarsson AH, Frändin K, Hellström K et al. Balance function and fall-related efficacy in patients with an newly operated hip fracture. *Clin Rehabil* 2000;14:497-505.
14. Jones GR, Jakobi JM, Taylor AW et al. Community Exercise Programme for Older Adults Recovering From Hip Fracture. *J Aging Phys Act* 2006;14:439-455.
15. Kulmala J, Sihvonen S, Kallinen M et al. Balance confidence and functional balance in relation to falls in older persons with hip fracture history. *J Geriatr Phys Ther* 2007;30:114-120.
16. Mckee KJ, Orbell S, Austin CA et al. Fear of falling, falls efficacy, and health outcomes in older people following hip fracture. *Disabil Rehabil* 2002;24:327-333.
17. Muche R, Eichner, Gebhard F et al. Risikofaktoren und prognosemöglichkeiten für mortalität und soziefunktionelle Einschränkungen bei Älteren nach proximalen Femurfrakturen. *Euro J Ger* 2003;5:187-194.
18. Petrella RJ, Payne M, Meyers A et al. Physical function and the fear of falling after hip fracture rehabilitation in the elderly. *Am J Phys Med Rehabil* 2000;79:154-160.
19. Resnick B, Orwig D, D'Adamo C et al. Factors that influence exercise activity among women post hip fracture participating in the Exercise Plus Program. *Clin Interv Aging* 2007;2:413-427.
20. Resnick B, Orwig D, Hawkes W et al. The relationship between psychological state and exercise behavior of older women 2 months after hip fracture. *Rehabil Nurs* 2007;32:139-147.
21. Whitehead C, Miller M, Crotty M. Falls in community-dwelling older persons following hip fracture: impact on self-efficacy, balance and handicaps. *Clin Rehabil* 2003;17:899-906.
22. Ziden L, Frändin K, Kreuter M. Home rehabilitation after hip fracture. A randomized controlled study on balance confidence, physical function and every activities. *Clin Rehabil* 2008;22:1019-1033.
23. Jorstad E, Hauer K, Becker C et al. Measuring the psychological outcomes of falling: A systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:501-510.
24. Zijlstra GAR, Haastregt v JCM, Rossum v E et al. Interventions to reduce fear of falling in community-living older people: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:603-615.
25. Luise C de, Brimacombe M, Pederson et al. Comorbidity and mortality following hip fracture: a population-based cohort study. *Aging Clin Exp Res* 2008;20:412-8.

**Correspondentieadres**

Jan.Visschedijk@zorggroepsolis.nl

**SAMENVATTING**

Valangst komt veel voor bij ouderen. Bovendien lijkt valangst bij ouderen na een heupfractuur een goede revalidatie in de weg te staan. Echter hierover is nog maar weinig kennis beschikbaar. Om een beter inzicht te verkrijgen in de rol die valangst bij heuprevalidanten speelt, werd een literatuurstudie verricht. Daarbij werd vooral gekeken naar de prevalentie van valangst na een heupfractuur, naar de gebruikte meetinstrumenten, naar de factoren die mogelijk van invloed zijn op valangst, en naar interventies die valangst kunnen verminderen. Systematisch werden daarbij de meest relevante databases doorzocht, zoals Pubmed, Embase en PsychInfo. Uiteindelijk werden vijftien publicaties geselecteerd die informatie gaven over valangst bij deze patiëntengroep. Het bleek dat valangst veel voorkomt bij revalidanten met een heupfractuur. In ieder geval 50% van de ouderen met

een heupfractuur heeft in min of meerdere mate last van valangst. Helaas bleken er nog geen goed gevalideerde instrumenten te bestaan voor deze groep. In de studies werd een grote variëteit aan instrumenten gebruikt, hetgeen vergelijking tussen de studies moeilijk maakt. Wel bleek uit deze studies dat valangst een negatieve invloed heeft op belangrijke uitkomsten van de revalidatie, zoals balans, mobiliteit en toekomstige woonvoorziening. Studies die interventies bij heuprevalidanten om valangst te verminderen onderzochten waren schaars. Omdat deze studies meestal kleine aantallen bevatten, en vooral relatief gezonde ouderen includeerden, konden hier geen duidelijke conclusies uit worden getrokken voor de grote groep van kwetsbare ouderen die in onze verpleeghuizen revalideert.

# Als **Specialist** **Ouderengeneeskunde**

een bijdrage leveren aan kwaliteit  
van bestaan van mensen met  
een handicap?



*Maak dan eens vrijblijvend  
kennis met Siza...*

Als Specialist Ouderengeneeskunde ga je werken met een grote diversiteit aan cliënten met een handicap. De gemeenschappelijke deler van deze cliënten is dat ze allemaal zo lang mogelijk hun zelfstandigheid willen behouden. **Het bijzondere is dat je niet alleen met ouderen werkt, maar juist ook met hele jonge mensen.** Jouw werk als Specialist Ouderengeneeskunde krijgt hierdoor een geheel andere dimensie.

Kijk voor meer informatie óf voor een kennismakingsgesprek op:

[www.specialist-ouderengeneeskunde-siza.nl](http://www.specialist-ouderengeneeskunde-siza.nl)



geef **kleur** aan je **leven**

Omdat niemand hetzelfde is ...



# Kan 24-uursverblijf tijdens AWBZ-revalidatie korter?

## Een pilotstudie aan de hand van een avond/nacht steuntakenscorelijst

Eduard Bakkers, fysiotherapeut, zorginstellingen Pieter van Foreest Delft

Drs. Monique Caljouw, senioronderzoeker, afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, LUMC

Prof. dr. Herman Cools, emeritus specialist ouderengeneeskunde, afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, LUMC

Prof. dr. Wilco Achterberg, hoogleraar institutionele zorg en ouderengeneeskunde, afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, LUMC

### INLEIDING

Sinds 1992 ontwikkelen zich de Nederlandse ziekenhuizen tot Medische Centra voor specialistische diagnostiek en behandeling. Hiervan kan noodzakelijke gespecialiseerde 24-uursverpleging deel uitmaken (bijvoorbeeld in de intensieve afdeling, de Verkoever- en verloskamer, de hartbewakingsafdeling, de stroke-unit). Indien noodzakelijk wordt ook algemene en reacterende verpleging gegeven ter ondersteuning van de korte ziekenhuisopname.

Als gevolg daarvan is de afgelopen 15 jaar de stroom patiënten van ziekenhuis naar verpleeghuis meer dan verviervoudigd. In het verpleeghuis zijn deze patiënten aanvankelijk tussen de langdurige bewoners verpleegd, maar sinds 1988 ontstaan voor hen aparte eenheden voor kortdurende zorg.<sup>1</sup> Tussen 1988 en heden is de complexiteit en comorbiditeit van deze patiëntenstroom fors toegenomen.<sup>2</sup> Er worden voornamelijk vier groepen onderscheiden: patiënten met een trauma, met een beroerte, met een electieve gewrichtsvervangende en een categorie 'overigen'. Tussen 1999-2001 is in Delft een door ZonMw gestimuleerde 'best-practice CVA-service' ontwikkeld dat wil zeggen: ketenzorg voor patiënten met een beroerte bestaande uit een stroke-unit in het ziekenhuis, een revalidatieafdeling in een verpleeghuis en een revalidatieziekenhuis, en gespecialiseerde thuiszorg.<sup>3</sup> In navolging hierop zijn door middel van CBO-doorbraakprojecten 69 Nederlandse vergelijkbare CVA-services ontstaan.

Ter voorbereiding van de overheveling van de kosten van geriatrische revalidatie van de AWBZ naar de ziektekostenverzekering hebben op verzoek van het CvZ-onderzoeksbureau ECT-Tangram (Leusden) en het Universitair Verpleeghuis Netwerk Zuid-Holland (UVN-ZH) de omvang, aard en intensiteit van AWBZ-revalidatie geïnventariseerd.<sup>4</sup> Tijdens dit onderzoek zijn in verpleeghuis De Bieslandhof, onderdeel van Zorginstellingen Pieter van Foreest Delft en partner in het UVN-ZH, ook de omvang en aard van de verzorgende steuntaken tijdens de avond en nacht geïnventariseerd.

### DOEL VAN DEZE PILOT

Het doel van deze pilot is om de vraag te beantwoorden: welke steuntaken voor revalidatiepatiënten in het verpleeghuis maken het 24-uurs verblijf noodzakelijk? Ter voorbereiding van een experiment ter verkorting van de opnameduur in een verpleeghuis van revalidanten is van deze steuntaken theoretisch beoordeeld of deze 's avonds en 's nachts ook thuis zouden kunnen worden uitgevoerd met overdag poliklinische- of dagrevalidatie in het verpleeghuis.

### PATIËNTEN EN METHODE

Als eerste stap is van 31 patiënten die verbleven in een CVA revalidatieafdeling, gedurende drie avonden en nachten vastgelegd in een *steuntakenscorelijst* welke steuntaken zijn verleend en wat daarmee wordt bedoeld. Uit deze data is een eerste indruk ontstaan dat 13 van de 31 revalidanten met geplande avond/nachthulp eerder naar huis of het ter beschikking staande verzorgingshuisappartement ontslagen hadden kunnen worden. Vervolgens zijn gestructureerde steuntakenscorelijsten bij AWBZ-revalidanten gedurende de woensdagen van opeenvolgende oneven weken in de avond van 17.00 uur tot 23.00 uur en tijdens de daaropvolgende nacht van 23.00 uur tot 07.00 uur ingevuld door twee verzorgenden onder toezicht van een avond-nachthoofd. Deze aanvullende verzorgende steuntaken gedurende de avond en de nacht zijn: 1] inname medicijnen, 2] voorbereiden tot en inname van voeding en vocht, 3] toiletbezoek (onderscheiden in: 3a] zich naar toilet begeven, 3b] op toilet plaatsnemen en opstaan (transfer), 3c] hygiënische reiniging tijdens toiletbezoek en 3d] kleding uit en aandoen), en 4] zich in bed begeven (onderscheiden in: 4a] zich naar bed begeven, 4b] in/uit bed gaan (transfer), 4c] zich aan/uitkleden, 4d] in bed van houding veranderen cq wisselgeving geven).

Tevoren heeft de onderzoeker elke woensdag de steuntakenscorelijsten uitgedeeld voor die avond en nacht met een korte uitleg over het invullen. De volgende donderdagochtend werden de formulieren door de onderzoeker opgehaald en op volledigheid gecontroleerd.



Vervolgens zijn een aantal *avond/nacht verzorgingsprofielen* (steuntakenprofielen) benoemd. Deze profielen geven weer hoeveel zorgmomenten (steuntaken) revalidanten hebben in de avond en de nacht. Revalidanten met profiel 0 hebben 's avonds en 's nachts geen hulp nodig bij het uitvoeren van genoemde steuntaken. Revalidanten met profiel 1 hebben 's avonds 1 x hulp nodig bij het uitvoeren van de steuntaken en 's nachts geen hulp nodig enzovoort. (tabel 1) De achterliggende gedachte is dat revalidanten met alleen hulp 's avonds maximaal 2 x ook thuis of in het (reeds ter beschikking staande) verzorgingshuis kan verblijven terwijl de noodzakelijke AWBZ-revalidatie overdag in het dagrevalidatiecentrum (de afdeling 'dagbehandeling') of poliklinisch wordt verkregen, gedurende een omschreven revalidatieperiode.

Profiel	Geplande hulp nodig (steuntakenprofiel)	
	's avonds	's nachts
0	Geen	Geen
1	1 keer	Geen
2	2 keer	Geen
3	Geen	1 keer
4	Geen	2 keer
5	1 keer	1 keer
6	1 keer	2 keer
7	2 keer	1 keer
8	2 keer	2 keer

Tabel 1: Profielen van planbare steuntaken 's avonds en 's nachts

## BETROUWBAARHEID

Om de betrouwbaarheid van de steuntakenscorelijst te toetsen, is voor 67 random ingevulde steuntakenscorelijsten de Cronbach's alpha uitgerekend. Een maat die aangeeft in hoeverre de steuntakenscorelijst nauwkeurig is en bij herhaalde metingen dezelfde uitkomst oplevert. De score op de Cronbach's alpha loopt uiteen van 0 tot 1, waarbij een score tussen de 0,61-0,80 wordt aangemerkt als voldoende en een score tussen de 0,81-1,00 als goed. De Cronbach's alpha voor de steuntakenscorelijst is 0,895. Dit is een aanwijzing dat de steuntakenscorelijst een betrouwbaar instrument is.

Om na te gaan of de steuntakenscorelijst door verschillende invullers op dezelfde wijze gebeurt (intrabeoordelaar-betrouwbaarheid), is de mate van overeenstemming tussen twee beoordeelaars (in totaal 67 paren van verzorgenden die binnen 24 uur de steuntaken onafhankelijk beoordeelden, voor zowel de avond als nachtdienst) onderzocht door de Cohen's Kappa te bepalen. Twee items scoorden op de avondlijst onvoldoende (namelijk 'bereiden van voeding en vocht' en 'toiletgang; gepland en ongepland'), vanwege een te kleine variatie in antwoorden. Deze items blijken dus niet onderscheidend genoeg, en zijn uit de uiteindelijke steuntakenscorelijst, die in de avond gescoord wordt,

verwijderd. De kappa's van de overige items liepen uiteen van 0,40 – 0,82, hetgeen een redelijk tot goede intrabeoordelaar-betrouwbaarheid van de individuele items inhoudt. Als de steuntakenscorelijst in de nacht gebruikt wordt, dan blijken slechts 4 items een goede intrabeoordelaar-betrouwbaarheid te hebben, namelijk: 'gebruik incontinentie materiaal bij toiletgang', 'in/uit bed gaan', 'bedhouding innemen' en 'wisselgigging 's nachts'. De Cohen's Kappa loopt uiteen van 0,56-0,64. Alle andere items scoren onvoldoende. De steuntakenscorelijst voor de nacht is aangepast en omvat de 4 overgebleven items.

## RESULTATEN

Er werden 66 AWBZ-revalidanten waarvan 39 vrouw, geïnccludeerd met een gemiddelde leeftijd van 78 (mediaan 79) jaar (spreiding: 38-98 jaar). Naast patiënten met een beroerte (n=23) betrof het patiënten met een (onder)beenamputatie, operatieve fractuurbehandelingen, heup en knie vervangende ingrepen en herstel na kneuzingen van heup, knie en bekken (n=29) en een groep van 'overige' revalidanten (n=14).

De opname duur was gemiddeld 79 dagen (spreiding: 15-222 dagen).

De steuntakenprofielen staan in tabel 2 vermeld per afdeling.

Uit deze tabel blijkt dat de profielen met geringe hulp (0, 1 en 2) in alle AWBZ-revalidatie afdelingen voorkwamen.

In tabel 3 is van het gerealiseerde aantal verpleegdagen (= etmalen) van de AWBZ-revalidanten berekend hoeveel avonden met de aansluitende nacht ook thuis of in een verzorgingshuis zouden kunnen zijn doorgebracht indien de noodzakelijke geplande hulp aldaar zou zijn geboden en overdag de noodzakelijke revaliderende multidisciplinaire behandeling in dagbehandeling of polikliniek zou zijn geboden.

Bij 38, ontslagen naar huis of verzorgingshuis, van de 66 AWBZ-revalidanten is het theoretisch mogelijk om aan de hand van een systematische signalering door verzorgenden tijdens de avond en de nacht eenduidig duidelijk te maken wanneer 24-uursverblijf niet langer noodzakelijk is. Dit zou het aantal verpleegdagen met 29% kunnen verminderen en zo theoretisch de opnamecapaciteit met ruim een kwart kunnen vergroten. De grootste daling in verpleegdagen lijkt te realiseren bij de AWBZ-revalidanten die naar het eigen huis (64%) terugkeren, gevolgd door overplaatsing naar een verzorgingshuis (21%), terwijl de AWBZ-revalidanten die naar huis respectievelijk naar verzorgingshuis gaan gemiddeld 60 en 100 verpleegdagen 'consumeren'. Verdeeld naar revalidatieafdeling, zouden respectievelijk 44%, 32% en 24% van de verpleegdagen in de postoperatieve revalidatieafdeling, schakelafdeling en CVA-afdeling kunnen worden aangewend voor vergroting van de revalidatiecapaciteit cq een andere bestemming.

	Steuntakenprofiel								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
CVA-afdeling	16	16	21	2	0	4	6	37	6
p.o.revalidatieafdeling	38	20	22	0	1	7	1	29	12
Schakelafdeling	17	25	5	2	4	9	0	6	9

Tabel 2: het aantal malen (N=305) dat van 66 Awbz-revalidanten een avond/nachthulp profiel is bepaald, verdeeld naar revalidatieafdeling

Ontslagbestemming	N =	Aantal patiënten eerder naar huis	Verpleegdagen		
			Gerealiseerde verpleegdagen (%)	Berekende afname in dagen (zie tekst)	
				aantal	%
Eigen huis	29	28	1677 (32)	1076	64
Verzorgingshuis/aanleunwoning	19	10	1903 (37)	391	21
Verpleeghuis (langdurig)	7	-	1129 (22)	35	3
Ziekenhuis	3	-	120 (2)	21	18
Overleden	8	-	367 (7)	0	0
Totaal	66	38	5196 (100)	1523	29

Tabel 3: het aantal gerealiseerde verpleegdagen van achtereenvolgens opgenomen AWBZ-revalidanten (N= 66) in De Bieslandhof, verdeeld naar ontslagbestemming, en het berekende aantal verpleegdagen dat met geplande avond/nachthulp thuis en dagbehandeling zou kunnen zijn bespaard.

## DISCUSSIE

Deze studie toont aan dat verzorgenden gedurende de avond/nacht met een gestructureerde steuntakenscorelijst duidelijk kunnen maken welke avond/nachtzorg zou kunnen worden verplaatst naar het eigen huis cq het verzorgingshuis. Dit is belangrijk omdat doorgaans het vaststellen van de ontslagdatum overdag plaatsvindt zonder gestructureerd inzicht in de noodzakelijke avond en/of nacht zorg. Om tot versneld ontslag te komen, is echter grote synergie vereist met aansluitende thuiszorg en hulpverlening in een verzorgingshuis. Daarnaast dient ook multidisciplinaire dagbehandeling (1-5 dagen per week) en/of poliklinische behandeling (fysiotherapie met verpleeghuisgeneeskundige controle) direct te kunnen starten. Voor poliklinische behandeling is een productieafspraken met de zorgverzekeraar nodig.

In plaats van uitbreiding van de capaciteit van 24-uurs verblijf in verpleeghuizen past deze theoretische en vooralsnog relatieve 'ontbedding' in verpleeghuizen in de ontwikkeling naar minder intramurale geriatrische herstelzorg.

Deze studie heeft beperkingen. Op de eerste plaats betreft het een theoretische constructie die nog in de praktijk moet blijken. Bovendien is de pilot van korte duur geweest. Dit jaar start binnen het Universitair Verpleeghuisnetwerk

Zuid-Holland Noord een project waarin de effecten van invoering van het systematisch werken met een dergelijke steuntakenlijst op enkele revalidatieafdelingen van verpleeghuizen worden geanalyseerd.

## LITERATUUR

1. Aangenendt-Siegers IP, Lentze KI, Keesmaat PS, Dekker FW, Cools HJM. Geriatric rehabilitation in a Dutch nursing home. *J Rehab Sciences* 1996;9(1):16-9.
2. Visschedijk J, Kleinsmans M, Oosterveld F. De Zuidloo-studie: een descriptief onderzoek van 3,5 jaar revalidatie in een verpleeghuis. *T Verpleeghuisgeneeskunde* 2007;32(6):184-7.
3. Cools HJM, Swen JWA. Minder sterfte en meer zelfredzaamheid: CVA-service helpt direct. *MC2001;56(20):871-3.*
4. Cools HJM, Balen R van, Hoogenboom MJ. De omvang, aard en intensiteit van AWBZ-revalidatie II. [www.cvz.nl/resources/rpt0806-revalidatie-indeawbz\\_tcm28-26008.pdf](http://www.cvz.nl/resources/rpt0806-revalidatie-indeawbz_tcm28-26008.pdf), Diemen, 2008.

Correspondentieadres

e.bakkers@pietervanforeest.nl

# Geriatrische revalidatie van patiënten met een CVA in verpleeghuizen: een studieprotocol

*Drs. Monica Spruit-van Eijk, specialist ouderengeneeskunde- onderzoeker, Zorgcombinatie Nieuwe Maas locatie Zonnehuis Vlaardingen, SVRZ locatie Ter Valcke Goes, UMC St Radboud Nijmegen, Drs. Bianca Buijck, gezondheidswetenschapper- onderzoeker, de Zorgboog Bakel, UMC St Radboud Nijmegen, Dr. Sytse Zuidema, specialist ouderengeneeskunde- onderzoeker, UMC St Radboud Nijmegen, Drs. Frans Voncken, specialist ouderengeneeskunde, de Zorgboog Bakel, Prof. dr. Sander Geurts, hoogleraar revalidatiegeneeskunde, UMC St Radboud Nijmegen, Prof. dr. Raymond Koopmans, hoogleraar Ouderengeneeskunde, in het bijzonder de langdurige zorg, UMC St Radboud Nijmegen*

## ABSTRACT

**Achtergrond:** Geriatrische patiënten zijn vaak ondervertegenwoordigd in studies over de functionele uitkomst van revalidatie na een CVA. Bovendien participeren de meeste geriatrische patiënten met een CVA vaak niet in de intensieve revalidatieprogramma's die worden aangeboden door de revalidatiecentra. Hierdoor zijn er zeer weinig studies die de mate van succes van geriatrische revalidatie na een CVA in verpleeghuizen hebben beschreven. Wel lijkt het zo te zijn dat de meerderheid van deze patiënten, na ontslag uit het ziekenhuis, terugkeren naar de maatschappij in plaats van te worden overgeplaatst naar residentiële zorg. Desalniettemin zijn de factoren die geassocieerd worden met het succes van revalidatie na een CVA in verpleeghuizen of gespecialiseerde verpleegafdelingen grotendeels onbekend. Het primaire doel van deze studie is dan ook de factoren te beoordelen die specifiek bijdragen aan het succes van revalidatie bij geriatrische patiënten met een CVA, die revalideren in verpleeghuizen. Een secundair doel is te onderzoeken of deze factoren gelijk zijn aan de factoren die in de literatuur worden geassocieerd met revalidatie na een CVA.

**Methoden en Technieken:** Deze studie is onderdeel van de Geriatric Rehabilitation in AMPutation and Stroke (GRAMPS) studie in Nederland. Het is een longitudinale, observatieve, multicenter-studie in 15 verpleeghuizen in het zuidelijke deel van Nederland die ten minste 200 patiënten wil omvatten. Alle deelnemende verpleeghuizen zijn geselecteerd op basis van het hebben van een gespecialiseerde revalidatie-unit en het leveren van toegewijde multidisciplinaire zorg. Binnen twee weken na opname in het verpleeghuis worden patiëntgegevens, ziektegegevens, functionele status, cognitie, gedrag en informatie over de mantelzorger verzameld. De eerste follow-up vindt plaats bij ontslag uit het verpleeghuis of één jaar na de inclusie, en is gericht op functionele status en gedrag. Succesvolle revalidatie wordt gedefinieerd als ontslag uit het verpleeghuis naar een zelfstandige woonsituatie binnen een jaar na

opname. De tweede follow-up is drie maanden na ontslag, bij patiënten die succesvol gerevalideerd werden en omvat functionele status, gedrag en kwaliteit van leven. Alle instrumenten die in deze studie worden gebruikt zijn valide en betrouwbaar bevonden voor revalidatie-onderzoek of zijn aangeraden door de richtlijnen voor revalidatie na een beroerte van de Nederlandse Hartstichting. De data zullen worden geanalyseerd met SPSS 16.0. Naast beschrijvende analyses zullen ook univariate en multivariate analyses worden uitgevoerd, met als doel het identificeren van geassocieerde factoren en hun specifieke bijdrage bij het bepalen van succesvolle revalidatie.

## DISCUSSIE

Deze studie zal meer informatie geven over geriatrische revalidatie na een CVA in Nederlandse verpleeghuizen. Voor zover wij weten is dit de eerste grote studie die zich richt op de determinanten van succes van geriatrische revalidatie na een CVA bij patiënten opgenomen in een verpleeghuis.

## ACHTERGROND

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie hebben wereldwijd 15 miljoen mensen een CVA gehad in 2004.<sup>1</sup> De gemiddelde incidentie in Westerse landen is beschreven als 94 per 100.000 persoonsjaren.<sup>2</sup> Alhoewel mannen vaker door een CVA worden getroffen en dit ook op jongere leeftijd gebeurt dan bij vrouwen, wordt dit verschil kleiner met het vorderen van de leeftijd.<sup>3</sup> Incidentie van CVA stijgt normaal met de leeftijd en door het vergrijzen van de populatie wordt verwacht dat de incidentie verder zal stijgen. Een hoge leeftijd en laag niveau van fysiek uithoudingsvermogen zijn significante comorbide factoren die de geriatrische patiënten met een CVA karakteriseren. Alhoewel revalidatie na een CVA wereldwijd een belangrijke opnamediagnose in revalidatiecentra is, worden de meeste geriatrische patiënten waarschijnlijk niet opgenomen in deze centra en participeren dus niet in intensieve revalidatieprogramma's.<sup>4</sup> Deze patiënten kunnen worden doorverwezen naar verpleeghuizen, die aangepaste revalidatieprogramma's

aanbieden gecombineerd met residentiële zorg, waar anderen misschien geen enkele vorm van formele multidisciplinaire zorg ontvangen. Hierdoor zijn geriatrische patiënten ondervetegenwoordigd in uitkomststudies en zijn de factoren die geassocieerd zijn met het succes van hun revalidatie grotendeels onbekend.

Weinig studies hebben de invloeden van comorbiditeit en leeftijd op de uitkomst van revalidatie na een CVA beschreven. Atallay en Turhan<sup>5</sup> vonden dat oudere patiënten (ouder dan 65 jaar) met een CVA een kleinere kans hadden om succesvol te revalideren ondanks gelijke Functional Independence Measure (FIM) scores bij opname in vergelijking met patiënten jonger dan 65 jaar. Comorbiditeit en leeftijd waren echter niet geassocieerd met een langer verblijf in het revalidatiecentrum. In dezelfde trant vonden Fischer et al.<sup>6</sup> dat comorbiditeit en leeftijd niet specifiek bijdragen aan de verwachte verblijfstijd in het ziekenhuis. Aan de andere kant is er bewijs dat comorbiditeit en leeftijd belangrijke factoren zijn bij het bepalen van functionele uitkomst na een CVA.<sup>7</sup> Verschillende aanvullende studies hebben het belang van leeftijd voor functionele uitkomst benadrukt, maar de werkelijke impact van leeftijd lijkt zeer te variëren. Sommige studies rapporteerden een relatief kleine invloed van de leeftijd<sup>8,9</sup>, andere wezen uit dat zeer oude leeftijd, gedefinieerd als 85 jaar en ouder, consistent een sterke voorspeller was van een slechte uitkomst.<sup>10</sup>

Teasell et al.<sup>4</sup> meldden interessant genoeg dat revalidatie bij 'lower band' patiënten, herstellende van een ernstige CVA, die ongeschikt waren bevonden voor conventionele intramurale revalidatieprogramma's, nog steeds succesvol kan zijn in termen van toename van onafhankelijkheid in zelfzorg en loopvaardigheid. Hoewel de patiënten gemiddeld 72 jaar oud waren, richtte deze studie zich niet

specifiek op geriatrische revalidatie en werd de invloed van comorbiditeit of leeftijd op de uitkomst van revalidatie niet onderzocht. Verscheidene andere studies hebben aangetoond dat een substantieel aantal patiënten met een CVA die revalidatie in verpleeghuizen hebben ontvangen succesvol ontslagen worden uit de instelling.<sup>11-13</sup> De waarschijnlijkheid van ontslag hangt vooral af van het individuele revalidatiepotentieel, wat afhankelijk is van de ernst van de beroerte en fysieke capaciteiten. Daarnaast lijkt opname in een verpleeghuis de kans op succesvolle revalidatie met betrekking tot ontslag naar de maatschappij te vergroten.<sup>11,12</sup>

Veel studies hebben de klinische, biologische en demografische factoren onderzocht die worden geassocieerd met de uitkomst na een CVA.<sup>4,10, 14-25</sup> Veel van deze factoren zijn geassocieerd met de uitkomst na revalidatie na een beroerte (tabel 1), maar staan waarschijnlijk met elkaar in verband. Dit impliceert dat de unieke bijdrage van deze factoren op de revalidatie-uitkomst, gecorrigeerd voor de associatie met andere factoren, nog onderzocht moet worden op de waarde voor klinische voorspellingen in de dagelijkse praktijk. Kort gezegd lijken initiële functiebeperking en leeftijd de belangrijkste voorspellers van lange termijn algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en ontslagbestemming na revalidatie.

Tegen deze achtergrond is het primaire doel van deze studie het beoordelen van de factoren die uniek bijdragen aan het succes van revalidatie in geriatrische patiënten met een CVA die revalideren in verpleeghuizen.

De functionele uitkomst wordt primair beoordeeld op ontslag naar een onafhankelijke woonsituatie en secundair op verschillende functionele schalen. Een secundair doel is het onderzoeken of de factoren die uniek zijn, geassocieerd

Uitkomst	Factoren geassocieerd met de uitkomst
ADL scores	
FIM BI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Initiële FIM, leeftijd [8,9]</li> <li>- Initiële BI [14]</li> <li>- Initiële NIHSS, leeftijd, premorbide functiebeperking, DM, infarctvolume [15]</li> <li>- Trunk Impairment Scale, statische zitbalans [16]</li> </ul>
Ontslagbestemming	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leeftijd, incontinentie [18]</li> <li>- initiële FIM, leeftijd [17]</li> <li>- premorbide sociale ondersteuning, FIM darmen, leeftijd, CMSA been, soort premorbide accommodatie [19]</li> <li>- initiële MMSE, premorbide woonsituatie met familie [8]</li> <li>- ontslag BI, LOS, leeftijd [20]</li> <li>- Initiële FIM, leeftijd, mannelijk geslacht [4]</li> <li>- slikproblemen [21]</li> </ul>

FIM functional independence measure, BI barthel index, NIHSS national institute of health stroke scale, DM diabetes mellitus, CMSA Chedoke-McMaster stroke assessment, LOS length of stay

met het succes van revalidatie in deze geriatrische populatie, gelijk zijn aan de uitkomst van revalidatie na een CVA, die bekend zijn uit de literatuur. Om dit te bereiken hebben wij een multicenter-studie opgezet in 15 verpleeghuizen in het zuidelijke deel van Nederland. Alle deelnemende verpleeghuizen zijn geselecteerd op basis van het hebben van een gespecialiseerde revalidatie unit en het leveren van toegewezen multidisciplinaire zorg.

Voor zover wij weten is dit de eerste studie die zich richt op de determinanten van succes van geriatrische revalidatie bij patiënten opgenomen in een verpleeghuis.

## METHODEN/TECHNIKEN STUDIEOPZET

Dit prospectieve onderzoek is onderdeel van de Nijmegen Geriatric Rehabilitation in AMPutation and Stroke (GRAMPS) studie en bestaat uit drie metingen. Baseline date (T<sub>0</sub>) zijn twee weken na opname in het verpleeghuis verzameld. Patiënt- en ziektegegevens, functionele status,

cognitie, gedrag, en gegevens over de mantelzorg worden geregistreerd (tabel 2). De eerste follow-up (T<sub>1</sub>) is bij ontslag uit het verpleeghuis en richt zich op functionele status en gedrag. Succesvolle revalidatie wordt gedefinieerd als ontslag uit het verpleeghuis naar een zelfstandige woonsituatie (huis of verzorgingshuis) binnen één jaar na opname. De tweede follow-up (T<sub>2</sub>) is drie maanden na het ontslag van de patiënten die succesvol gerevalideerd zijn en richt zich op functionele status, gedrag en kwaliteit van leven.

Dataverzameling verloopt van januari 2008 tot en met juli 2010.

## PATIËNTEN

Alle patiënten die opeenvolgend opgenomen worden op één van de gespecialiseerde revalidatieafdelingen van de 15 deelnemende verpleeghuizen, komen in aanmerking om deel te nemen aan deze studie. Er zijn geen andere inclusiecriteria toegepast. Onvermogen om informed consent te geven is een exclusiecriteria. Alle deelnemende verpleeg-

Tabel 2 Onderzoeksmethoden

	Methode	T <sub>0</sub>	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>
Patiënt	Patiëntgegevens	X		
	Comorbiditeit: Charlson Index	X		
	Medicatielijst	X	X	
Functionele Status	Motricity index Arm en Been*	X		
	Trunk control test*	X		
	Trunk impairment scale	X		
	Barthel index*	X	X	X
	Sociale activiteit: Frenchay activities index	X	X	
	Eén been stabalans	X	X	X
	Frenchay armtest*	X	X	X
	Berg Balance scale*	X	X	
	Functional Ambulation Categories*	X	X	X
	10 m loopsnelheid*	X	X	X
Cognitie	Watersliktest*	X		
	Mini Mental State Examination	X		
	Star cancellation test	X		
	Hetero-anamnetische cognitietest	X		
	Apraxietest	X		
Gedrag	Communicatie: SAN score*	X		
	Neuropsychiatric Inventory Questionnaire	X	X	X
	Neuropsychiatric Inventory Nursing Home	X	X	
Kwaliteit van leven	Global depression scale 8	X	X	X
	RAND 36 versie 2	X		
	Verzorgers	Sociale situatie	X	X
COOP WONCA		X		
Caregiver strain index*			X	

\* Aanbevolen onderzoeken door de Nederlandse Hartstichting,

SAN stichting afasie Nederland (Dutch Aphasia Foundation), COOP WONCA, The Dartmouth COOP Functional Health Assessment Charts/WONCA



huizen werken samen in het Universitair Verpleeghuis Netwerk Nijmegen (UVNN) van de Radboud Universiteit. Na opname ontvangen de patiënten mondelinge informatie van de behandelend arts of verpleegkundige. Daarnaast krijgen alle patiënten en hun mantelzorger schriftelijke informatie over de studie. De patiënten geven zelf aan of ze interesse hebben om deel te nemen. De dienstdoende arts beoordeelt de wilsbekwaamheid van zijn/haar patiënten. In het geval van twijfel overlegt hij/zij met de mantelzorg. Daarnaast staat er op de GRAMPS-website <http://www.gramps.nl> extra informatie voor geïnteresseerde patiënten en hun mantelzorger.

## ETHISCHE TOESTEMMING

Dit onderzoeksprotocol is gepresenteerd aan de medisch-ethische commissie van het district Nijmegen-Arnhem. Ethische toestemming werd niet nodig geacht omdat het een observationele opzet is en wilsonbekwame patiënten uitgesloten zijn van deelname.

## GEBRUIKTE INSTRUMENTEN

De data zijn verzameld door multidisciplinaire teams, werkzaam in de deelnemende verpleeghuizen. Elke discipline heeft de verantwoordelijkheid om een specifieke beoordeling te doen. De gekozen uitkomstmaten zijn geselecteerd op basis van vooraf gestelde betrouwbaarheid en validiteit zoals gebaseerd op de aanbevelingen in de richtlijnen voor revalidatie na een beroerte door de Nederlandse Hartstichting (tabel 2).<sup>26</sup>

### • Patiëntgegevens

Algemene patiëntgegevens en ziektegegevens, medicatielijsten en informatie over comorbiditeit, gemeten met de Charlson Index (CI), worden geregistreerd. De CI bestaat uit 19 categorieën van diagnoses uit de International Classification of Diseases (9<sup>th</sup> revision Clinical Modification ICD-9CM) en is gebaseerd op een reeks risicofactoren voor het mortaliteitsrisico binnen één jaar.<sup>27</sup> De CI bevat een gewogen index voor elke ziekte waarbij de score een significante voorspeller is voor één jaar overleving. De mortaliteit binnen één jaar voor verschillende scores zijn: “0” 12%, “1-2” 26%, “3-4” 52% en “>5” 85%.

### • Functionele status

De Barthel Index (BI), gemodificeerd door Collin et al. in 1988<sup>28</sup>, meet afhankelijkheid in activiteiten in het dagelijks leven (ADL). De BI is een geldig en valide instrument in CVA-onderzoek<sup>28-31</sup>. De totale score loopt van 0-20, waarbij 20 complete functionele onafhankelijkheid representeert. De Frenchay activities index (FAI) wordt gebruikt voor de beoordeling van extended ADL. De FAI<sup>32</sup> scoort de daadwerkelijke activiteiten die gedaan worden door de patiënt, onderverdeeld in drie categorieën: huishoudelijk werk, activiteiten binnenshuis en activiteiten buitenshuis. De vragenlijst bevat 15 items en is betrouwbaar en valide om functionele uitkomsten in patiënten met een CVA te meten.<sup>33-34</sup> Zelfs naasten

kunnen betrouwbare informatie leveren over FAI items.<sup>35-36</sup>

De Frenchay Arm Test (FAT) wordt gebruikt om armfunctie na een beroerte te onderzoeken. De patiënt wordt gevraagd om vijf activiteiten uit te voeren met de aangedane arm, waarbij hij voor elke activiteit één punt krijgt als deze succesvol wordt uitgevoerd. De FAT is geldig en valide gebleken bij CVA-onderzoek.<sup>37</sup>

De Motricity Index<sup>38</sup> wordt gebruikt om de motorische beperking in de ledematen te evalueren. Er worden zes bewegingen, verdeeld in arm- en beenbewegingen, geobserveerd. Er kunnen drie scores worden gemeten: armscore, beenscore en zijdescore. Zowel de armscore als de beenscore zijn betrouwbaar en valide als het door verschillende observanten wordt gebruikt.<sup>39-40</sup>

Item drie van de Trunk Control Test (TCT) wordt gebruikt om de statische zitbalans te meten: zittend in een gebalanceerde positie aan de rand van het bed gedurende ten minste 30 seconden met de voeten van de grond. De Trunk Impairment Scale (TIS), ontwikkeld door Verheyden et al.<sup>42</sup> onderzoekt de motorische beperking van de romp na een CVA. TIS behelst zowel beweging en coördinatie als statische zitbalans. De TCT en TIS hebben beide een goede validiteit en betrouwbaarheid.<sup>40-42</sup>

De Berg Balance Scale (BBS) is een ordinale 14 item schaal (0-56 punten) ontwikkeld door Berg et al.<sup>43</sup> om het evenwicht te meten in patiënten met een CVA. De validiteit en betrouwbaarheid van de BBS is goed<sup>44-47</sup>, maar de schaal is niet geschikt voor patiënten met ernstige beperkingen die niet lang in een gebalanceerde zitpositie kunnen zitten.<sup>44</sup> Plafondeffecten zijn ook beschreven door Mao<sup>44</sup> bij 90-180 dagen na een beroerte. De stabalanstest op één been, die als eerste werd gebruikt door Schoppen et al.<sup>48</sup>, is gebruikt om de stabalans van het niet aangedane been te beoordelen.

De Ten-Meter-Walking-Speed-test (TMWS-test) meet de loopsnelheid over een afstand van tien meter en kan worden uitgevoerd bij een comfortabele of maximum loopsnelheid<sup>50</sup>. Omdat de comfortabele loopsnelheid meer responsief lijkt voor functioneel herstel na een beroerte en de maximum loopsnelheid kan worden berekend door de comfortabele loopsnelheid te vermenigvuldigen met 1.32,<sup>52</sup> wordt de TMWS-test uitgevoerd bij een comfortabele loopsnelheid, alleen bij patiënten met een FAC-score van 3 of hoger. De waterslikttest<sup>26</sup> is een simpele test die aan het bed kan worden uitgevoerd en lijkt op de waterslikttest zoals voorgesteld door Smithard en collega's.<sup>21</sup> Na het veilig drinken van drie lepels water wordt er een half glas water aan de patiënt gegeven. De patiënt faalt de test als hij tekenen van verslikken vertoont. De logopedist beoordeelt na het veilig drinken van het water de voedselconsistentie.

### • Cognitie

De Mini-Mental-State-Examination (MMSE), ontwikkeld door Folstein en McHugh,<sup>53</sup> is een screeningsinstrument voor cognitieve beperkingen en heeft een redelijke betrouwbaarheid en een goede validiteit, met een hoge sensitiviteit voor gemiddeld-ernstige cognitieve beperkingen en een lagere sensitiviteit voor milde cognitieve beperkingen.<sup>54</sup> Het bevat items die oriëntatie, aandacht, geheugen, taal en constructieve mogelijkheden testen Bodem,- en plafondeffecten zijn beschreven.<sup>55</sup> Een belangrijke bias in het gebruik van MMSE in CVA-onderzoek, is het uitgebreide gebruik van taal, wat leidt tot onbetrouwbare resultaten bij patiënten met afasie. Om deze reden zullen wij de MMSE niet gebruiken bij patiënten met afasie. De Hetero-Anamnestic-Cognition list (HAC list), afgeleid van de MMSE door Meijer in zijn AMDAS-studie<sup>56</sup>, wordt gebruikt om een indruk te krijgen van premorbide cognitieve beperkingen. De naaste, bij voorkeur een partner, wordt gevraagd een paar simpele 'ja'- of 'nee'-vragen te beantwoorden over oriëntatie, aandacht, rekenen, taal, geheugen en uitvoerende taken. De ernst wordt bepaald door de behoefte aan assistentie of professionele therapie.

De Star Cancellation Test (SCT), een item van de Behavioral Inattention Test (BIT)<sup>57</sup>, is een screening instrument dat een unilateraal visuospatieel neglect kan opsporen. De SCT bestaat uit 52 grote sterren, 13 letters, 10 woorden en 56 kleine sterren. Alle kleine sterren moeten worden weg gestreept. De onderzoeker geeft een demonstratie door twee kleine sterren in het midden door te kruisen. Het afkappunt is 52.<sup>57</sup> Ruwe scores kunnen worden gebruikt om de uitkomst van de SCT te interpreteren, in plaats van de visuele lateralisatie scores.<sup>57</sup> Er is genoeg bewijs voor een goede validiteit van de SCT.<sup>59-61</sup>

Van Heugten et al. ontwikkelden een diagnostische methode voor apraxie na een CVA, gebaseerd op een bestaand instrument.<sup>62</sup> Deze Apraxietest differentieert tussen apraxie en non-apraxie. Het maakt gebruik van de demonstratie van object gebruik en imitatie van gebaren. Het heeft een goede validiteit en betrouwbaarheid.<sup>62,63</sup>

De SAN (Stichting Afasie Nederland) score wordt gebruikt om de communicatieve vaardigheden bij patiënten met een CVA te kwantificeren en is onderdeel van de Aachense Afasie Test (AAT).<sup>64</sup> De SAN-score is een ordinale 7-puntschaal waarbij '1' aangeeft dat er geen communicatie mogelijk is en '7' een normale taalbeheersing.<sup>65</sup>

### • Gedrag

De NeuroPsychiatric Inventory (NPI), oorspronkelijk ontwikkeld voor patiënten met dementie,<sup>66</sup> geeft een globale indruk van gedragsproblemen en is tevens toepasbaar op andere patiëntgroepen. De NPI bestaat uit 12 categorieën van gedragsproblemen: wanen, hallucinaties, agitatie/agressie, angst, euforie, ontremming, prikkelbaarheid/labiliteit, apathie, afwijkende motorische activiteit, slaap-

stoornis en eetstoornis. Als de ondervraagde persoon, een verpleegkundige in de NPI-Nursing Home (NPI-NH) versie, of een partner of een naast familielid in de NPI-q, de screeningsvraag positief beantwoord, wordt de frequentie en ernst (alleen in de NPI-NH versie) bepaald. De NPI beëindigt elke categorie met het vragen naar de emotionele last. De NPI is een valide en betrouwbare methode [66], is vertaald in het Nederlands en is eerder gebruikt in onderzoek na een CVA.<sup>67,68</sup>

De acht item versie van de Geriatric Depression Scale (GDS-8) is een verkorte patiëntvriendelijke test die is afgeleid van de GDS-15. Deze test is specifiek ontwikkeld voor de verpleeghuis populatie.<sup>69</sup> Het geeft de aanwezigheid van een depressie aan bij een afkappunt van 3 uit 8.

### • Kwaliteit van leven

De RAND-36 is ontwikkeld om de gezondheids gerelateerde kwaliteit van leven te meten bij chronisch zieke patiënten en bestaat uit acht dimensies: fysiek functioneren, rolbeperkingen door fysieke gezondheidsproblemen, lichamelijke pijn, algehele gezondheid, vitaliteit, sociaal functioneren, rolbeperkingen door emotionele problemen en algehele geestelijke gezondheid. Het bevat ook een item over waargenomen gezondheidsverandering.<sup>70</sup> Het item scoort alle dimensies die vastgelegd moeten worden volgens de RAND gezondheidswetenschappelijke programmastandaarden.<sup>71</sup> De RAND-36 is vertaald in het Nederlands door Van der Zee et al. en is als een valide, betrouwbare en sensitieve meting bevonden voor algehele gezondheid.<sup>72</sup>

### • Verzorgers

In de Dartmouth COOP Functional Health Assessment Charts/WONCA (COOP/WONCA) subschalen<sup>73-75</sup> worden fysieke fitness, dagelijkse activiteiten, gevoelens en algehele gezondheid gebruikt om de functionele status van een naaste te meten. Elke subschaal bestaat uit een korte titel en een geïllustreerde vijfpuntsschaal: scores boven de 16 geven hoge spanning aan.<sup>56</sup>

De Caregiver Strain Index (CSI) wordt alleen gebruikt na ontslag uit het verpleeghuis waarbij participatie van de patiënt een belangrijke rol speelt.<sup>76</sup> Optimale re-integratie verminderde de door de verzorgers ervaren spanning. De CSI bestaat uit 13 'ja'- of 'nee'-vragen en is een makkelijk en valide te gebruiken instrument om spanning te identificeren.<sup>77</sup> Een score van 7 of meer geeft een hoog niveau van spanning weer.<sup>78</sup> De CSI is gebruikt in onderzoek naar verschillende ziektes.<sup>79-81</sup>

### DATA-ANALYSE

Alle data zijn verwerkt met gebruik van de Statistical Package for Social Science 16.0 (SPSS 16.0). Verschillende technieken zullen worden gebruikt om de data te analyseren, afhankelijk van de onderzoeksvraag.

Beschrijvende analyse zal worden gebruikt voor algemene patiëntgegevens, ziektegegevens, behandeling, succes van rehabilitatie en functionele uitkomsten.

Univariate analyses, zowel parametrisch als non-parametrisch, zullen worden gebruikt om de demografische en klinische factoren te identificeren die geassocieerd zijn met succesvolle revalidatie ( $p < 0.1$ ).

Geassocieerde factoren zullen worden getest in multivariate logistische regressieanalyses om hun unieke bijdrage te bepalen en algehele variatie in het succes van de revalidatie te verklaren.

## POWER

De benodigde steekproefgrootte werd bepaald door de vuistregel volgens Peduzzi et al.<sup>82</sup>: ten minste 10 patiënten per factor in de kleinste groep bij een dichotome uitkomst. In onze ervaring kunnen ongeveer 35% van de patiënten met een beroerte, die opgenomen worden in verpleeghuizen voor revalidatie, niet ontslagen worden naar een zelfstandige woonsituatie. Als er een maximum van zeven factoren in een multivariaat model wordt getest, moeten er 70 patiënten worden geïncludeerd in de kleinste groep (35%). Dus in totaal moeten er 200 patiënten met een CVA worden geïncludeerd.

## DISCUSSIE

Voor zover wij weten is dit de eerste grote studie die zich richt op de determinanten van succes bij geriatrische patiënten met een CVA die opgenomen zijn in verpleeghuizen. Het zal meer gedetailleerde informatie geven over de factoren die uniek zijn, geassocieerd met het succes van revalidatie bij geriatrische patiënten met een CVA, en kan dus gebruikt worden in een klinisch model dat de ontslagbestemming van verpleeghuizen kan voorspellen.

Alle gekozen uitkomstmaten zijn betrouwbaar en valide bevonden of zijn aangeraden door de Nederlandse Hartstichting.

Omdat wilsonbekwame patiënten zijn geëxcludeerd uit deze studie kan de externe validiteit zijn aangetast. Daarom zijn algemene patiëntgegevens van de geëxcludeerde patiënten geregistreerd en vergeleken met de geïncludeerde patiënten. Zowel leeftijd, duur van verblijf in het verpleeghuis als ontslagbestemming zijn vastgelegd om beide groepen te vergelijken. Het multicenter-onderzoek gebruikt multidisciplinaire teams om de data te verzamelen over een periode van tweeënhalf jaar en kan dus onderhevig zijn aan meeton nauwkeurigheden. Om dit soort onnauwkeurigheden te minimaliseren ontvingen de 90 mensen die werken in 15 Nederlandse verpleeghuizen dezelfde instructie over het uitvoeren van de testen tijdens de gezamenlijke bijeenkomsten voor het begin van de studie. Om de kwaliteit van de data te waarborgen beschikt elk verpleeghuis over twee tot drie speciaal aangestelde professionals om contact te onderhouden met de hoofdonderzoekers. Daarnaast wordt er elke 6-8 weken een nieuwsbrief uitgegeven om iedereen betrokken, geïnformeerd en gemotiveerd te houden bij de voortgang van de studie.

## ERKENNINGEN

Deze studie is bekostigd door 'Zorgboog' en 'SVRZ' en de science promotion foundation for nursing homes (SWBV). De onderzoekers van de GRAMPS zijn dr. H. van der Linde erkentelijk voor zijn advies.

## CONFLICTERENDE BELANGEN

De auteurs verklaren dat ze geen conflicterende belangen hebben.

Herzien: 20 januari 2010 geaccepteerd: 27 maart 2010  
gepubliceerd: 27 maart 2010.

### Correspondentieadres

m.spruit-vaneijk@elg.umcn.nl

## LITERATUUR

1. WHO: *The Atlas of Heart disease and Stroke*. WHO, Geneva 2004.
2. Feigin VL, et al: *Worldwide stroke incidence and early case fatality reported in 56 population-based studies: a systematic review*. *Lancet Neurol* 2009, 8(4):355-69.
3. Appelros P, Stegmayr B, Terent A: *Sex differences in stroke epidemiology: a systematic review*. *Stroke* 2009, 40(4):1082-90.
4. Teasell RW, et al: *A rehabilitation program for patients recovering from severe stroke*. *Can J Neurol Sci* 2005, 32(4):512-7.
5. Atalay A, Turhan N: *Determinants of length of stay in stroke patients: a geriatric rehabilitation unit experience*. *Int J Rehabil Res* 2009, 32(1):48-52.
6. Fischer U, et al: *Impact of comorbidity on ischemic stroke outcome*. *Acta Neurol Scand* 2006, 113(2):108-13.
7. Turhan N, Atalay A, Muderrisoglu H: *Predictors of functional outcome in first-ever ischemic stroke: a special interest to ischemic subtypes, comorbidity and age*. *NeuroRehabilitation* 2009, 24(4):321-6.
8. Denti L, Agosti M, Franceschini M: *Outcome predictors of rehabilitation for first stroke in the elderly*. *Eur J Phys Rehabil Med* 2008, 44(1):3-11.
9. Bagg S, Pombo AP, Hopman W: *Effect of age on functional outcomes after stroke rehabilitation*. *Stroke* 2002, 33(1):179-85.
10. Kammergaard LP, et al: *Short- and long-term prognosis for very old stroke patients*. *The Copenhagen Stroke Study*. *Age Ageing* 2004, 33(2):149-54.
11. Wodchis WP, et al: *Skilled nursing facility rehabilitation and discharge to home after stroke*. *Arch Phys Med Rehabil* 2005, 86(3):442-8.
12. Jette DU, Warren RL, Wirtalla C: *The relation between therapy intensity and outcomes of rehabilitation in skilled nursing facilities*. *Arch Phys Med Rehabil* 2005, 86(3):373-9.
13. Nijmeijer NM, et al: *Efficacy of agreements within the Enchede Stroke Service to refer patients with a stroke from the stroke unit in the hospital to a nursing home for short-term*

- rehabilitation. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005, 149(42):2344-9.
14. Kwakkel G, Kollen B, Lindeman E: Understanding the pattern of functional recovery after stroke: facts and theories. *Restor Neurol Neurosci* 2004, 22(3-5):281-99.
  15. Johnston KC, et al: A predictive risk model for outcomes of ischemic stroke. *Stroke* 2000, 31(2):448-55.
  16. Verheyden G, et al: Trunk performance after stroke: an eye catching predictor of functional outcome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007, 78(7):694-8.
  17. Smith PM, et al: Predicting follow-up living setting in patients with stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 2002, 83(6):764-70.
  18. Thommessen B, Bautz-Holter E, Laake K: Predictors of outcome of rehabilitation of elderly stroke patients in a geriatric ward. *Clin Rehabil* 1999, 13(2):123-8.
  19. Agarwal V, et al: A model to aid in the prediction of discharge location for stroke rehabilitation patients. *Arch Phys Med Rehabil* 2003, 84(11):1703-9.
  20. Portelli R, et al: Institutionalization after stroke. *Clin Rehabil* 2005, 19(1):97-108.
  21. Smithard DG, Smeeton NC, Wolfe CD: Long-term outcome after stroke: does dysphagia matter? *Age Ageing* 2007, 36(1):90-4.
  22. Meijer R, et al: Prognostic factors for ambulation and activities of daily living in the subacute phase after stroke. A systematic review of the literature. *Clin Rehabil* 2003, 17(2):119-29.
  23. Meijer R, et al: Prognostic factors in the subacute phase after stroke for the future residence after six months to one year. A systematic review of the literature. *Clin Rehabil* 2003, 17(5):512-20.
  24. Meijer R, et al: Prognostic social factors in the subacute phase after a stroke for the discharge destination from the hospital stroke-unit. A systematic review of the literature. *Disabil Rehabil* 2004, 26(4):191-7.
  25. Kwakkel G, et al: Predicting disability in stroke—a critical review of the literature. *Age Ageing* 1996, 25(6):479-89.
  26. Rehabilitation C.s.: *Rehabilitation after stroke; guidelines and recommendations for caregivers*. Netherlands Heart Foundation: The Hague 2001.
  27. Charlson ME, et al: A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987, 40(5):373-83.
  28. Collin C, et al: The Barthel ADL Index: a reliability study. *Int Disabil Stud* 1988, 10(2):61-3.
  29. Wade DT, Hower RL: Functional abilities after stroke: measurement, natural history and prognosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1987, 50(2):177-82.
  30. Loewen SC, Anderson BA: Reliability of the Modified Motor Assessment Scale and the Barthel Index. *Phys Ther* 1988, 68(7):1077-81.
  31. Post MW, et al: Dutch interview version of the Barthel Index evaluated in patients with spinal cord injuries. *Ned Tijdschr Geneesk* 1995, 139(27):1376-80.
  32. Holbrook M, Skilbeck CE: An activities index for use with stroke patients. *Age Ageing* 1983, 12(2):166-70.
  33. Piercy M, et al: Inter-rater reliability of the Frenchay activities index in patients with stroke and their careers. *Clin Rehabil* 2000, 14(4):433-40.
  34. Post MW, de Witte LP: Good inter-rater reliability of the Frenchay Activities Index in stroke patients. *Clin Rehabil* 2003, 17(5):548-52.
  35. Chen MH, et al: Differences between patient and proxy reports in the assessment of disability after stroke. *Clin Rehabil* 2007, 21(4):351-6.
  36. Segal ME, Schall RR: Determining functional/health status and its relation to disability in stroke survivors. *Stroke* 1994, 25(12):2391-7.
  37. Heller A, et al: Arm function after stroke: measurement and recovery over the first three months. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1987, 50(6):714-9.
  38. Demeurisse G, Demol O, Robaye E: Motor evaluation in vascular hemiplegia. *Eur Neurol* 1980, 19(6):382-9.
  39. Cameron D, Bohannon RW: Criterion validity of lower extremity Motricity Index scores. *Clin Rehabil* 2000, 14(2):208-11.
  40. Collin C, Wade D: Assessing motor impairment after stroke: a pilot reliability study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1990, 53(7):576-9.
  41. Kopp B, et al: The Arm Motor Ability Test: reliability, validity, and sensitivity to change of an instrument for assessing disabilities in activities of daily living. *Arch Phys Med Rehabil* 1997, 78(6):615-20.
  42. Verheyden G, et al: The Trunk Impairment Scale: a new tool to measure motor impairment of the trunk after stroke. *Clin Rehabil* 2004, 18(3):326-34.
  43. Berg KO, et al: Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Can J Public Health* 1992, 83(Suppl 2):S7-11.
  44. Mao HF, et al: Analysis and comparison of the psychometric properties of three balance measures for stroke patients. *Stroke* 2002, 33(4):1022-7.
  45. Stevenson TJ, Garland SJ: Standing balance during internally produced perturbations in subjects with hemiplegia: validation of the balance scale. *Arch Phys Med Rehabil* 1996, 77(7):656-62.
  46. Blum L, Korner-Bitensky N: Usefulness of the Berg Balance Scale in stroke rehabilitation: a systematic review. *Phys Ther* 2008, 88(5):559-66.
  47. Berg K, Wood-Dauphinee S, Williams JI: The Balance Scale: reliability assessment with elderly residents and patients with an acute stroke. *Scand J Rehabil Med* 1995, 27(1):27-36.
  48. Schoppen T, et al: Physical, mental, and social predictors of functional outcome in unilateral lower-limb amputees. *Arch Phys Med Rehabil* 2003, 84(6):803-11.
  49. Holden MK, et al: Clinical gait assessment in the neurologically impaired. Reliability and meaningfulness. *Phys Ther* 1984, 64(1):35-40.
  50. Vos-Vromans DC, et al: The responsiveness of the ten-meter walking test and other measures in patients with hemi-



- paresis in the acute phase. *Physiother Theory Pract* 2005, 21(3):173-80.
51. Salbach NM, et al: Responsiveness and predictability of gait speed and other disability measures in acute stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 2001, 82(9):1204-12.
  52. Kollen B, Kwakkel G, Lindeman E: Hemiplegic gait after stroke: is measurement of maximum speed required? *Arch Phys Med Rehabil* 2006, 87(3):358-63.
  53. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975, 12(3):189-98.
  54. Tombaugh TN, McIntyre NJ: The mini-mental state examination: a comprehensive review. *J Am Geriatr Soc* 1992, 40(9):922-35.
  55. Appelros P, Andersson AG: Changes in Mini Mental State Examination score after stroke: lacunar infarction predicts cognitive decline. *Eur J Neurol* 2006, 13(5):491-5.
  56. Meijer R, van Limbeek J, de Haan R: Development of the Stroke-unit Discharge Guideline: choice of assessment instruments for prediction in the subacute phase post-stroke. *Int J Rehabil Res* 2006, 29(1):1-8.
  57. Wilson B, Cockburn J, Halligan P: Development of a behavioral test of visuospatial neglect. *Arch Phys Med Rehabil* 1987, 68(2):98-102.
  58. van Kessel ME, et al: Visuospatial asymmetry and non-spatial attention in subacute stroke patients with and without neglect. *Cortex* 2010, 46(5):602-612.
  59. Agrell BM, Dehlin OI, Dahlgren CJ: Neglect in elderly stroke patients: a comparison of five tests. *Psychiatry Clin Neurosci* 1997, 51(5):295-300.
  60. Bailey MJ, Riddoch MJ, Crome P: Evaluation of a test battery for hemineglect in elderly stroke patients for use by therapists in clinical practice. *NeuroRehabilitation* 2000, 14(3):139-150.
  61. Jehkonen M, et al: How to detect visual neglect in acute stroke. *Lancet* 1998, 351(9104):727-8.
  62. van Heugten CM, et al: A diagnostic test for apraxia in stroke patients: internal consistency and diagnostic value. *Clin Neuropsychol* 1999, 13(2):182-92.
  63. Zwinkels A, et al: Assessment of apraxia: inter-rater reliability of a new apraxia test, association between apraxia and other cognitive deficits and prevalence of apraxia in a rehabilitation setting. *Clin Rehabil* 2004, 18(7):819-27.
  64. Huber W, Poeck K, Willmes K: *The Aachen Aphasia Test*. *Adv Neurol* 1984, 42:291-303.
  65. Deelman BG, et al: Measurements of aphasic disorders. A brief description of the SAN-battery. *Gerontologie* 1980, 11(1):17-21.
  66. Cummings JL, et al: *The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia*. *Neurology* 1994, 44(12):2308-14.
  67. Angelelli P, et al: Development of neuropsychiatric symptoms in poststroke patients: a cross-sectional study. *Acta Psychiatr Scand* 2004, 110(1):55-63.
  68. Hama S, et al: Depression or apathy and functional recovery after stroke. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007, 22(10):1046-51.
  69. Jongenelis K, et al: Construction and validation of a patient- and user-friendly nursing home version of the Geriatric Depression Scale. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007, 22(9):837-42.
  70. Hays RD, Sherbourne CD, Mazel RM: The RAND 36-Item Health Survey 1.0. *Health Econ* 1993, 2(3):217-27.
  71. RAND: RAND 36-item Health Survey scoring instructions. 1992 [[http://www.rand.org/health/surveys\\_tools/mos/mos\\_core\\_36item.html](http://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/mos_core_36item.html)].
  72. VanderZee KI, et al: Psychometric qualities of the RAND 36-Item Health Survey 1.0: a multidimensional measure of general health status. *Int J Behav Med* 1996, 3(2):104-22.
  73. Scholten JHG, WCv: Functional status assessment in family practice: the Dartmouth COOP Functional Health Assessment Charts/WONCA. *Lelystad Meditekst* 1992.
  74. Nelson E, et al: Assessment of function in routine clinical practice: description of the COOP Chart method and preliminary findings. *J Chronic Dis* 1987, 40(Suppl 1):55S-69S.
  75. van Weel C, K-Z C, Touw-Otten FWMM, van Duijn NP, Meyboom-de Jong B: *Measuring functional health status with the COOP/WONCA charts, a manual*. Groningen 1995.
  76. Ilse IB, et al: Stroke caregivers' strain: prevalence and determinants in the first six months after stroke. *Disabil Rehabil* 2008, 30(7):523-30.
  77. Robinson BC: Validation of a Caregiver Strain Index. *J Gerontol* 1983, 38(3):344-8.
  78. Wilkinson PR, et al: A long-term follow-up of stroke patients. *Stroke* 1997, 28(3):507-12.
  79. Tanji H, et al: Mutuality of the marital relationship in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2008, 23(13):1843-9.
  80. Tsai SM, Wang HH: The relationship between caregiver's strain and social support among mothers with intellectually disabled children. *J Clin Nurs* 2009, 18(4):539-48.
  81. Donnelly M, et al: Oesophageal cancer: caregiver mental health and strain. *Psychooncology* 2008, 17(12):1196-201.
  82. Peduzzi P, et al: A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *J Clin Epidemiol* 1996, 49(12):1373-9.

## PRE-PUBLICATION HISTORY

The pre-publication history for this paper can be accessed here: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/15/prepub> doi:10.1186/1471-2318-10-15

Citeer dit artikel als: Spruit-van Eijk et al.: Geriatric rehabilitation of stroke patients in nursing homes: a study protocol. *BMC Geriatrics* 2010 10:15.



# Uit de kaderopleiding geriatrische revalidatie

In de kaderopleiding geriatriche revalidatie werd als onderdeel van de wetenschapsopdracht gevraagd om een samenvatting te maken van een wetenschappelijk artikel. Het artikel moest relevant zijn voor geriatriche revalidatie en zelf opgezocht worden op PubMed. De samenvatting moest voldoen aan het format zoals gehanteerd in de rubriek "IN HET KORT" in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.'

## SPIEGELTHERAPIE BIJ ERNSTIGE HEMIPARESE NA CVA



### WAAROM DIT ONDERZOEK?

Een ernstige parese van een arm na een CVA leidt tot aanzienlijke beperkingen in het dagelijks functioneren. Tot nu toe zijn weinig behandelingen effectief gebleken, zeker als daarbij ook sprake is van ernstige sensibiliteitsstoornissen van de aangedane arm. Spiegeltherapie, ooit geïntroduceerd door Ramachandran voor patiënten met een armamputatie, is mogelijk een effectieve behandeling bij een parese van de arm na een CVA.

### ONDERZOEKSVRAAG

Leidt spiegeltherapie, gegeven in vroeg stadium na CVA tot beter herstel van de motoriek en sensibiliteit van de arm, neglect en ADL bij een ernstige hemiparese als gevolg van een CVA.

### HOE WERD DIT ONDERZOEKT?

In dit onderzoek werd een groep van 18 patiënten met een ernstige hemiparese na een recent CVA (< 8 weken geleden) voor een periode van 6 weken behandeld met spiegeltherapie gedurende 30 minuten per dag, 5 dagen per week. De uitkomsten op het gebied van motoriek, sensibiliteit en mate van neglect, als ook ADL werden vergeleken met de

uitkomsten van een vergelijkbare groep van 18 patiënten, die op reguliere wijze werden behandeld gedurende 6 weken. Bij de reguliere behandeling werd geen gebruik gemaakt van de visuele feedback van de spiegel.

### BELANGRIJKSTE RESULTATEN

De effecten werden vergeleken op het gebied van motoriek van arm, hand en vingers, op gebied van oppervlakkige sensibiliteit en proprioceptie, op gebied van mate van neglect en op effecten op ADL. Ten aanzien van de effecten op de motoriek waren er geen significante verschillen tussen beide groepen patiënten, al was er in de groep met spiegeltherapie wat meer verbetering van de motoriek van de vingers. De oppervlakkige sensibiliteit verbeterde in de groep patiënten met spiegeltherapie licht ten opzichte van de controlegroep. Dit gold niet voor de effecten op de proprioceptie. Er was wel een significant verschil ten aanzien van de scores op neglect. De patiënten met spiegeltherapie toonden een duidelijke verbetering in vergelijking met de controlegroep. De effecten op ADL waren minimaal, waarbij aangetekend moet worden dat de controlegroep meer ADL-training kreeg dan de patiënten met spiegeltherapie.

### CONSEQUENTIES VOOR DE PRAKTIJK

Alleen op gebied van neglect werden significante verschillen gevonden tussen beide groepen patiënten in het voordeel van de patiënten die behandeld werden met spiegeltherapie. De overige verschillen waren niet significant. Nader onderzoek naar mogelijke effecten lijkt gewenst temeer deze vorm van therapie weinig belastend en relatief voordelig is.

### LITERATUUR

Christian Dohle, Judith Püllen, Antje Nakaten, Jutta Küst, Christian Rietz and Hans Karbe. Mirror Therapy promotes recovery from severe hemiparesis. *Neurorehabil Neural Repair* 2009 23. DOI: 10.1177/1545968308324786

Drs. W.M. van Gaasbeek, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts geriatriche revalidatie, Stichting Azora, Terborg

Correspondentieadres  
m.van.gaasbeek@azora.nl

## ONDERZOEK NAAR DE LANGETERMIJN-EFFECTEN VAN REVALIDATIE IN DE THUIS-SITUATIE VOOR OUDEREN MET EEN HEUP-FRACTUUR

### INLEIDING

Tot nu toe is er nog weinig bekend of ouderen met een heupfractuur op de lange termijn beter functioneren als zij een speciaal revalidatieprogramma in de thuissituatie hebben gevolgd.

### DOEL VAN HET ONDERZOEK

Biedt een speciaal revalidatieprogramma in de thuissituatie op lange termijn een betere kans op herstel naar het niveau van functioneren van voor de heupfractuur?

### METHODE

In een gerandomiseerde monocenterstudie werden 102 patiënten gevolgd die na een heupfractuur waren geopereerd en na de operatie geriatrische zorg en revalidatie nodig hadden. De patiënten waren 65 jaar of ouder en woonden voor de fractuur nog thuis. De patiënten kregen een speciaal revalidatieprogramma dat direct bij opname in het ziekenhuis startte en doorliep in de thuissituatie tot maximaal drie weken na ontslag uit het ziekenhuis, of het standaard revalidatieprogramma. De patiënten in het speciale revalidatieprogramma hadden in de thuissituatie dezelfde behandelaren als in het ziekenhuis.

De belangrijkste uitkomstmaten waren bereik van zelfde niveau van functioneren in dagelijks activiteiten als voor de heupfractuur en zelfvertrouwen in de balans, zes maanden en een jaar na de heupfractuur.

### BELANGRIJKSTE RESULTATEN

Patiënten met het speciale revalidatieprogramma functioneerden significant zelfstandiger op het gebied van zelfzorg, mobiliteit en activiteiten buitenshuis, dan patiënten met het standaardprogramma. Dit verschil was bij zes maanden groter dan na een jaar. Er was geen verschil tussen de groepen op het gebied van het verrichten van huishoudelijke taken. Het zelfvertrouwen in de balans was bij patiënten met het speciale revalidatieprogramma groter. Een andere uitkomst was dat deze patiënten hun eindniveau van functioneren en zelfvertrouwen in de balans eerder bereikten dan patiënten met het standaardprogramma. In beide groepen herstelden maar weinig patiënten (29% versus 9%) op de lange termijn tot het niveau van functioneren van voor de heupfractuur.

### CONCLUSIE

Een speciaal revalidatieprogramma voor thuiswonende ouderen met een heupfractuur waarbij vanaf de dag van opname de patiënt actief betrokken is bij het stellen van zijn revalidatiedoelen geeft op de lange termijn een beter herstel van functioneren. Ook wordt het eindniveau sneller bereikt. Het vergroten van het zelfvertrouwen in de balans verkleint de kans op een volgende val.

Ook in de Nederlandse situatie zou, gezien de toenemende vergrijzing, een speciaal revalidatieprogramma dat direct bij opname in het ziekenhuis start meerwaarde hebben, vanuit kwaliteit van leven aspect. Of een speciaal revalidatieprogramma kosteneffectiever is, is onduidelijk. Volledig herstel op de lange termijn werd met dit revalidatieprogramma vooralsnog niet gehaald.

### LITERATUUR

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. *Disability and Rehabilitation*, 2010; 32(1): 18-32

Drs. Anne-Marie Donselaar, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts geriatrische revalidatie, Stichting Warande, Zeist

Correspondentieadres  
a.donselaar@warandeweb.nl

### THUIS SNELLER BETER NA EEN HEUP-FRACTUUR ?

#### WAAROM DIT ONDERZOEK?

Een heupfractuur heeft een negatieve invloed op het welbevinden, de functionele status en de onafhankelijkheid. Als potentieel geschikt revalidatiemodel voor ouderen met een heupfractuur staat de laatste jaren thuisrevalidatie in de belangstelling.

#### ONDERZOEKSVRAAG

Is thuisrevalidatie effectiever in het verminderen van valangst en verbeteren van lichamelijk functioneren en activiteitsniveau dan de gebruikelijke revalidatiezorg na een heupfractuur?

#### HOE WERD DIT ONDERZOCHT?

Thuiswonende ouderen (vanaf 65 jaar) met een heupfractuur werden op gerandomiseerde wijze vanaf de SEH toege-

wezen aan een geriatrische afdeling met gebruikelijke zorg of een met thuisrevalidatie. Gebruikelijke zorg bestond onder anderen uit ADL-training en fysio- en ergotherapie tot ontslag naar huis of revalidatiekliniek. Bij ontslag naar huis werd een huisbezoek afgelegd en was er begeleiding door een thuiszorgcoördinator.

De interventiegroep ontving eveneens gebruikelijke zorg, maar ging versneld met ontslag naar huis. Thuis werd nog maximaal drie weken gerevalideerd door fysio- en ergotherapeut, uitgaande van met de patiënt opgestelde behandel-doelen. Primaire uitkomstmaten waren valangst, ADL-afhankelijkheid, activiteitsniveau en functionele status.

### BELANGRIJKSTE RESULTATEN

Uiteindelijk namen 102 patiënten deel aan het onderzoek: 48 in de thuisrevalidatiegroep en 54 in de groep met standaardzorg. De patiënten in de interventiegroep waren een maand na ontslag uit het ziekenhuis beter in staat tot zelfzorg ( $P < 0,0001$ ), huishoudelijke taken ( $P = 0,0098$ ) en zelfstandige mobiliteit ( $P = 0,002$ ). Ook waren zij minder bang om te vallen ( $P < 0,0001$ ). Hoewel de ziekenhuisop-

name niet significant korter duurde, gold dat wel voor de totale verblijfsduur in zorginstellingen.

### CONSEQUENTIES VOOR DE PRAKTIJK

Uit dit onderzoek blijkt dat thuisrevalidatie kort na een heupfractuur leidt tot minder valangst, afhankelijkheid en inactiviteit in vergelijking met gebruikelijke zorg. Daarnaast verblijven thuisrevalidanten korter in zorginstellingen.

### LITERATUUR

Zidén L, Frandin K, Kreuter M. Home rehabilitation after hip fracture. A randomized controlled study on balance confidence, physical function and everyday activities. *Clin Rehabil* 2008;22:1019-1033.

Drs. Elisabeth Bardelmeijer, specialist ouderengeneeskunde, Stichting Vivre, Maastricht

Correspondentieadres  
elis.bardelmeijer@vivre.nl

## Gaat u in 2012 het Verenso Jaarcongres organiseren?

Verenso is op zoek naar leden voor de congrescommissie. De congrescommissie heeft als belangrijkste taak het vormgeven van het Verenso Jaarcongres. Zij levert bovendien een bijdrage aan het voorjaarssymposium.

De congrescommissie wordt gevormd door specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriaters, AIOS en een medewerker van het verenigingsbureau van Verenso. Het verzorgen van congres en symposium gebeurt in nauwe samenwerking met het verenigingsbureau van Verenso en met de coördinator van het congresorganisatiebureau.

### VACATURES

Door het vertrek van verschillende commissieleden in verband met het beëindigen van hun zittingstermijn, ontstaan er met ingang van januari 2012 meerdere vacatures. Verenso komt daarom graag in contact met leden die belangstelling hebben voor ontwikkelingen in het vakgebied, die

zich kunnen verplaatsen in de kennisbehoefte van collega's en die dit kunnen koppelen aan kennisdeling en deskundigheidsbevordering. Er wordt gestreefd naar een zo breed mogelijk scala aan competenties en expertise binnen de commissie.

### TIJDSINVESTERING

De commissie komt zesmaal per jaar bij elkaar in Utrecht in vergaderingen van twee uur. Daarnaast besteedt ieder commissielid een aantal uren per maand aan specifieke voorbereidingen van het congres. De zittingstermijn is voor gewone leden van de commissie drie jaar, waarbij verlenging mogelijk is.

### REACTIES EN INFORMATIE

Voor meer informatie kunt u terecht bij Pieter le Rütte via 030-2823481 of plerutte@verenso.nl.

# Overhevalidatie? Over revalidatie!

Mieke Draijer, voorzitter Verenso

Beter en sneller herstellen en daardoor langer zelfstandig kunnen blijven wonen en maatschappelijk actief kunnen blijven. Dat kan met goede geriatrische revalidatiezorg (GRZ) voor kwetsbare ouderen na medisch specialistische behandeling, het thema van ons jaarcongres.

Deze vorm van revalidatie wordt nu bekostigd vanuit de AWBZ. In 2008 stelde de SER voor deze kortdurende, op herstel gerichte zorg, over te hevelen van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). In de brief van 13 juni 2008 'Zeker van zorg, nu en straks' heeft de toenmalige staatssecretaris haar toekomstvisie op de AWBZ verwoord. Een van de maatregelen die nodig zijn om de AWBZ toekomstbestendig te maken, is de overheveling van de somatische revalidatiezorg die gezien de aard beter bij de Zvw past. Momenteel gebruiken we de term geriatrische revalidatiezorg.

Een klein deel van de ZZP-9 herstelzorg past niet bij de Zvw. Deze zorg blijft daarom in de AWBZ. Het gaat hier om herstelzorg voor patiënten die zo kwetsbaar zijn dat een volwaardig multidisciplinair revalidatieprogramma na ziekenhuisopname een stap te ver is. Meestal zal het gaan om patiënten die vóór opname in het ziekenhuis al een indicatie hadden voor behandeling met verblijf vanwege andere chronische aandoeningen, zoals ernstige psychogeriatrische problematiek. Zij zullen meestal ook na de herstelzorg een indicatie houden voor intramurale AWBZ-zorg.

Geriatrische revalidatiezorg is geïntegreerde multidisciplinaire zorg, gericht op verwacht herstel van functioneren en participatie bij laag belastbare ouderen na een acute aandoening of functionele achteruitgang. Het is zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden en die een integrale multidisciplinaire aanpak vereist. Het betreft revalidatie op basis van een behandelplan die direct aansluit op een afgeronde medische interventie door een medisch specialist.

Belangrijk is het doel van GRZ. Uit onderzoek weten we dat 60% van de patiënten na een opnameduur van gemiddeld twee maanden terugkeert naar de oorspronkelijke woonomgeving. Dat kan en moet beter!



Om deze kwaliteitsslag te maken zijn proeftuinen gestart met innovatieve ideeën. Een voorbeeld van vernieuwend aanbod is 'prevalidatie'. Dit is een preoperatief behandeltraject voor kwetsbare ouderen die een electieve orthopedische ingreep zullen ondergaan, gericht op een betere ingangspositie. We richten ons bij prevalidatie op de volgende risicofactoren: een slechte voedingstoestand, een suboptimaal medicatieprofiel en een verminderd uithoudingsvermogen.

Naast een inhoudelijke kwaliteitsslag, wordt de bekostiging van de GRZ aangepakt. ZZP's verdwijnen en DBC's doen hun intrede. Daarbij krijgt de specialist ouderengeneeskunde de mogelijkheid een DBC te openen en te sluiten. De specialist ouderengeneeskunde stelt dus de indicatie. De rol van het CIZ hierin verdwijnt. Omdat het wegvallen van de centrale indicatie kan leiden tot ongewenste verschuivingen in de zorg is aan Verenso gevraagd in samenwerking met medisch specialisten, een triage-instrument te ontwikkelen. Dit instrument ondersteunt bij de keuze welke revalidatiezorg het meest geschikt is voor de patiënt.

Bij de overheveling van de GRZ gaat het vooral om somatische revalidatiezorg. Er is dus weinig aandacht voor cognitieve revalidatie. Gelukkig komt deze vorm van revalidatie tijdens het congres aan bod. En dat doet recht aan ons mooie vak. Want het werken op het snijvlak van somatiek en psychiatrie is één van de dingen die ons vakgebied zo interessant maakt!

Correspondentieadres  
redactie@verenso.nl

# Inschaling FWG specialisten ouderengeneeskunde: zo kan het ook!

Verenso is in overleg met de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) om de mogelijkheden en strategieën te verkennen, die kunnen leiden tot een verdere verbetering van de salarispositie van specialisten ouderengeneeskunde.

De laatste maanden heeft Verenso zich ingespannen om verandering te brengen in de inschaling van de specialist ouderengeneeskunde. In dit kader zijn gesprekken gevoerd met de nieuwe directeur van de LAD, Carolien van den Brekel. Hierin hebben Verenso en de LAD de meest kansrijke strategieën besproken voor het verbeteren van de inschaling.

De LAD voert met enige regelmaat regionale overleggen met instellingen. Tijdens deze overleggen zal de LAD met gebruik van goede voorbeelden uit de beroepsgroep zich inspannen om de inschaling te verbeteren.

Om deze reden heeft Verenso een oproep geplaatst onder de leden. Wij vroegen om voorbeelden van specialisten ouderengeneeskunde die door onderhandelingen –of anderszins– inmiddels zijn ingeschaald in FWG 75 of, bijvoorbeeld door middel van een toeslag, een hogere vergoeding krijgen dan FWG 70. Velen van hen hebben gehoor gegeven aan onze oproep. Hartelijk dank daarvoor.

Onderstaand (geanonimiseerd) voorbeeld wilden wij u niet onthouden. Zo kan het dus ook!

*Man, sinds 1991 werkzaam in de ouderengeneeskunde, geregistreerd specialist ouderengeneeskunde en lid van de medische staf van een nabijgelegen ziekenhuis. Sinds 2005 in dienst van zijn huidige werkgever.*

*Bij indiensttreding zat hij in eind schaal 70 en ontving bij een 100% dienstverband, destijds met een bruto maandsalaris van € 5.257,00. Op een gegeven moment wilde hij een bruto maandsalaris van € 5.950,00 ontvangen (op grond van ervaring, bijzondere kwaliteiten, inzet, leeftijd, meerwaarde voor de organisatie, persoonlijke omstandigheden). Afgesproken werd het volgende: eigen bijdrage werkweek 38 uur = 105,56% en van de werkgever een garantietoelage van € 400,25 euro (geïndexeerd). (Dit was een individuele afspraak)*

*Op dit moment ontvangt hij (eind schaal 70) bij 100% dienstverband een bruto maandsalaris van € 5.875,47, daarbij een eigen bijdrage werkweek 38 uur = 105,56 % = € 6.202,15 plus een garantietoelage van € 447,29 (geïn-*

*dexeerd). Dit komt neer op een totaal bruto maandsalaris van € 6.650,00. Genoemd bruto maandsalaris is exclusief bereikbaarheid/uren verricht binnen de bereikbaarheidsdienst. Deze betaling geschiedt conform de CAO.*

*Naast deze primaire arbeidsvoorwaarden zijn de volgende secundaire arbeidsvoorwaarden van toepassing voor alle specialisten ouderengeneeskunde:*

- *Lidmaatschap KNMG & Verenso, beide landelijk en regionaal, worden volledig betaald door de werkgever (eerste geneeskundige wordt ook LAD-lidmaatschap vergoed).*
- *Laptop en black-berry ter beschikking.*
- *Voor het reizen tussen de locaties en voor de diensten zijn er vervoersmiddelen ter beschikking gesteld.*
- *Het volgen van geaccrediteerde nascholing is nooit een probleem geweest, ook e-learning wordt door de werkgever vergoed.*
- *Bibliotheekvoorzieningen zijn goed.*
- *Organisatie van nascholing/Verenso-bestuur kunnen bij de werkgever gedeclareerd worden.*
- *Het lidmaatschap voor het lid zijn van de medische staf wordt door de werkgever betaald.*

*In verband met het ontbreken van een klinisch geriater verrichten de specialisten ouderengeneeskunde van de zorggroep consulten bij kwetsbare ouderen in het ziekenhuis.*

*Tevens zijn zij medewerker op de geheugenpoli van het ziekenhuis en worden betrokken bij diverse ketens in de regio, waaronder ook de ambulante GGZ. Men zit momenteel niet in een vacaturesituatie. Wel heeft men een goede ondersteuning van gespecialiseerde verpleegkundige en een verpleegkundig specialist.*

*Omdat zij volledig lid zijn van de medische staf van het ziekenhuis, beschouwd worden als volwaardig/gelijkwaardig partner binnen de medische staf en omdat zij werkzaamheden in het ziekenhuis/in de keten verrichten evenals nascholing verzorgen, hebben zij bij de Raad van Bestuur een verzoek liggen om ervaren specialisten ouderengeneeskunde onder te brengen in het AMS. Dit verzoek geldt voor alle specialisten ouderengeneeskunde en niet voor individuele gevallen. Hierbij is er steun van de voorzitter van de medische staf en diverse medisch specialisten. Een reactie op dit verzoek bleef aanvankelijk uit, maar medio september vond een afspraak met Raad van Bestuur en Manager Zorg plaats. De Raad van Bestuur verwees hen in eerste instantie terug naar de Manager Zorg. Daar de Manager Zorg de beslissing niet kon nemen binnen de lopende begroting en de financiële toestand van de instelling, is gekozen voor een gesprek met een afgevaardigde van de specialisten ouderengeneeskunde en een lid Raad van Bestuur en de Manager zorg. Of het uitein-*



PLAATS EEN PERSONEELSADVERTENTIE IN HET TVO PLAATS EEN PERSONEEL



**OP ZOEK NAAR EEN NIEUWE COLLEGA?  
BEREIK DIRECT UW DOELGROEP DOOR EEN ADVERTENTIE  
TE PLAATSEN IN HET TVO VOOR MAAR € 1400,-**



Plaatsingsoverzicht 2011-2012		
	Aanleveren materiaal	Verschijnings- datum
December	01-12-2011	20-12-2011
Februari	10-02-2012	23-02-2012
April	06-04-2012	28-06-2012
Juni	08-06-2012i	28-06-2012
Augustus	10-08-2012	30-08-2012
November	25-10-2012	15-11-2012
December	30-11-2012	20-12-2012

De advertentie is in A4 formaat en de prijs is exclusief btw.  
Voor meer informatie kunt u contact opnemen met [hans.groen@dchg.nl](mailto:hans.groen@dchg.nl)

delijk een vergoeding volgens het AMS gaat worden is nog niet bekend, tenslotte is dat meer een beloning binnen de CAO van het Ziekenhuis en niet van de CAO VVT.

Waarschijnlijk is het AMS nog een brug te ver voor de organisatie en wordt het FWG 75 binnen CAO VVT. De hoogte van inschaling zal nog onderdeel van gesprek worden, omdat niet elke ervaren specialist ouderengeneeskunde al even lang aan het einde van zijn/haar schaal zit, kaderarts is of veel extra activi-

teiten verricht. Wel wil men nog praten over de vergoeding van het verrichten van achterwachtendiensten, welke verricht worden door specialisten ouderengeneeskunde voor basisartsen/artsen in opleiding die diensten verrichten.

Het zit hem dus niet alleen in salaris, maar ook in secundaire arbeidsvoorwaarden en de waardering die je krijgt van je organisatie, medisch specialisten en huisartsen.

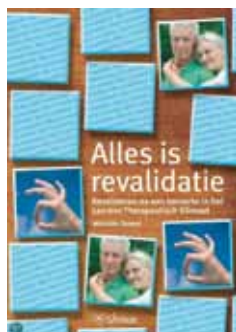
## Leergang Ouderengeneeskunde

1 en 2 december	<b>Lijden en dood in de filosofie door Jan Keij (Leerhuizen Palliatieve Zorg)</b> <i>"Van de zon en de dood moet men de blik wel afwenden" La Rochefoucauld "Lijden" en "dood", twee "gegevens" die we van ons lijf willen houden. Ze zijn in velerlei opzicht ongrijpbaar, en eigenlijk alleen maar te "begrijpen" in hun kwaadaardige zinloosheid.</i>
9 december	<b>Symposium ter gelegenheid van het afscheid van prof. dr. Miel W. Ribbe (GERION)</b> <i>'Onderweg naar morgen',</i> speerpunten van onderzoek en opleiding in de ouderengeneeskunde. Afscheidsrede in de Aula van de Vrije Universiteit.
9 januari 2012 (startdatum 2-jarige nascholing)	<b>Kaderopleiding Specialist Ouderengeneeskunde in de eerste lijn (Boerhaave Nascholing)</b> <i>Deze tweejarige nascholing bij het LUMC heeft tot doel om de specialist ouderengeneeskunde op te leiden tot een gekwalificeerd arts, die competent is om in samenwerking met de huisarts in de eerste lijn te functioneren als medebehandelaar en consulent voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken met complexe zorgvragen. U zult zich aan de hand van voorbeeldpraktijken en netwerken verder bekwamen in extramurale competenties en vaardigheden.</i>
13 en 14 januari 2012	<b>4th international Conference on Pain and Impaired Cognition (Boerhaave Nascholing)</b>
20 januari 2012	<b>Medische zorg voor ouderen in het verzorgingshuis. Zo complex? (Boerhaave Nascholing)</b>
Voorjaar 2012	<b>Acute Geneeskunde in de Verpleeghuissetting (PAO-Heyendael)</b>
Voorjaar 2012	<b>Cardiologie voor de oudere patiënt (PAO-Heyendael)</b>
Voorjaar 2012	<b>Ethiek en Spiritualiteit (PAO-Heyendael)</b>



# Alles is revalidatie

Aafke de Groot



*“Alles is revalidatie”*  
*Revalideren na een beroerte in het*  
*Laurens Therapeutisch Klimaat*  
Auteurs: Marieke Terwel &  
drs. ir. J.M. Terwel  
ISBN: 978 90 59724 85 3  
Aantal pag: 137  
Prijs: € 19,95  
Aantal sterren: 4

Met het verschijnen van “Alles is revalidatie” is eigenlijk een mijlpaal gezet voor de verpleeghuisrevalidatie na beroerte. Schrijfster Marieke Terwel, gz psycholoog, beschrijft rustig en gedetailleerd hoe in Laurens Antonius Binnenweg een actief revalidatieklimaat, steeds aangeduid als ‘Laurens Therapeutisch Klimaat’, wordt gerealiseerd.

Terecht benadrukt zij dat zo’n actief revalidatieklimaat veel meer inhoudt dan ‘meer therapie geven’. De drie peilers die zij onderscheidt zijn: de interdisciplinaire therapie, zowel individueel als in groepsverband; de benaderingsmethoden van het zorgteam (PRET en Sensomotorische Training) en de toepassing van het geleerde door de revalidant ‘zelf leren revalideren!’

In het eerste deel van het boek worden de uitgangspunten en de werkwijze beschreven. Er is een stappenplan voor het instromen van revalidanten in het programma. Criteria om deel te kunnen nemen liggen op het gebied van motivatie, belastbaarheid en de mogelijkheid om in een groep te functioneren. Ook moeten de therapieën passen binnen de individuele doelen van de revalidant. Daarbij wordt met name door het cognitieve team (psycholoog, ergotherapeut, logopedist) bijgestuurd in de loop van het revalidatieproces. Er zijn ook uitstroomcriteria, bijvoorbeeld matige tot ernstige dementie, of gedrag dat de voortgang in de therapiegroep verstoort.

De therapieën zijn gebaseerd op de dagelijkse activiteiten van de revalidant: wassen/aankleden, ontbijten, dagplanning en afspraken, kamer opruimen, lopen en bewegen, contacten met anderen, het bij zichzelf herkennen van de gevolgen van beroerte, besef van de psychische veranderingen, het warme eten, ontspanning en weer gaan slapen. Deze ‘activiteiten’ zijn vertaald in individuele of groeps-therapieën die in de leefomgeving worden uitgevoerd, dus op de afdeling. Alle trainingen en therapieën zijn interdisciplinair opgezet, wat betekent dat meerdere disciplines met hun accentverschillen gestructureerd aan hetzelfde

doel werken. In het tweede deel van het boek worden deze (groeps)therapieën in detail uitgewerkt. Alle therapieën en trainingen hebben een herkenbare, begrijpelijke naam zoals ‘taaltherapie’ of ‘training van wassen en aankleden’. En de therapieën gaan altijd door, elke werkdag, in vakantietijd en ook bij ziekte van de therapeut. Anderzijds wordt de revalidant ook geacht altijd deel te nemen.

Het team van verzorgenden is eigenlijk een team van 24-uurstrainers geworden. Zij hanteren de PRET-methode (Pauzeren, Eén ding tegelijk, Rustige omgeving, Tempo aanpassen) die afkomstig is uit de cognitieve revalidatie. Daarnaast wordt met de Sensomotorische methodiek getraind: het ervaren van het gevoel, het sensorische effect van de aangedane motoriek en werken aan het verbeteren daarvan. De fysiotherapeut en de verpleging trainen op die manier dagelijks op een gestructureerde wijze met de revalidant de bewegingsvaardigheden, zoals bedmobiliteit, transfers of het omgaan met een paretische schouder. Het op juiste wijze geven van feedback is daarbij essentieel voor het leren.

Het doel van de revalidatie is natuurlijk het toepassen van het geleerde in de eigen situatie. Daarom worden naast en mantelzorgers intensief betrokken bij en geïnformeerd over de therapie. De revalidant moet in alle opzichten zoveel mogelijk zelf doen, maar kan rekenen op adequate begeleiding, aansporing of ondersteuning als dat bij een bepaalde taak nodig is. Er is ook een therapeutische activiteit die ‘informatiegroep’ heet en gericht is op kennis over het revalideren.

Terecht wijdt Terwel enige paragrafen aan de organisatorische kant van een dergelijk zorgaanbod. Het is een project dat organisatiebreed gedragen moet worden, en dat tijd vergt om tot stand te brengen. In Laurens heeft het een cultuuromslag betekend waarbij scholing van alle betrokkenen een sterke stimulans was. Even belangrijk is waarschijnlijk geweest dat een deskundige en gemotiveerde projectleider de gehele ontwikkeling mocht aansturen. Op dit punt kunnen veel zorgorganisaties iets leren van Laurens. Revalidatie is een type zorg dat geheel anders van aard en insteek is dan woon/leef-zorg en kan alleen effectief verleend worden als de voorwaarden daarvoor aanwezig zijn. Door dit boek wordt duidelijk dat het dan gaat om visie, ontwikkelingskracht, teamwork, nauwgezetheid en professionele deskundigheid.

Wat in het boek enigszins in het midden blijft is de rol van de behandelend arts, een specialist ouderengeneeskunde. Aannemelijk is dat deze tot het interdisciplinaire behandel-

team behoort. In de revalidatie heeft de arts een speciale verantwoordelijkheid voor het vaststellen van het behandelplan en het monitoren van het revalidatieproces. Maar misschien is dit team interdisciplinair zo gegroeid dat deze verantwoordelijkheden vanzelfsprekend gedeeld worden(?) Tenslotte maakt het boek nieuwsgierig naar een overzicht van de resultaten. De beschreven werkwijze is een intensieve multidisciplinaire zorginterventie en zou vergeleken kunnen worden met 'usual care' in andere verpleeghuizen voor revalidatie na beroerte. De cijfers die nu in het boek

genoemd worden maken ons nog niet veel wijzer op dit gebied. Ook willen we graag iets horen over het vervolg na ontslag. Is er aansluiting op therapie in de thuissituatie? Wordt er bijvoorbeeld lotgenotencontact aangeboden voor partners/mantelzorgers?

Wel is de boodschap duidelijk dat voor een CVA-revalidatieafdeling in een verpleeghuis inderdaad moet gelden: 'alles is revalidatie'. Om inspiratie daarvoor op te doen is dit boek zeer aanbevolen.

## SCEN-arts worden. Iets voor u?

SCEN-artsen geven steun en consultatie aan collega artsen over euthanasieverzoeken. Naast huisartsen en medisch specialisten, zijn er op dit moment 60 specialisten ouderengeneeskunde die opgeleid zijn en te consulteren zijn als SCEN-arts. Met de jaarlijkse stijging van euthanasie-meldingen neemt ook het beroep op SCEN-artsen toe. Daarom zoekt de KNMG in de meeste SCEN-districten in het land nieuwe collega's. Verenso ondersteunt deze oproep van harte. Voor het behoud van de kwaliteit van de medische besluitvorming rond het levenseinde vindt Verenso het op peil houden van het netwerk van SCEN-artsen van groot belang.

Om SCEN-arts te worden moet u ten minste vijf jaar werkzaam zijn als specialist ouderengeneeskunde. Na toetsing door een commissie volgt u een driedaagse, geaccrediteerde en kostenloze training. Vervolgens gaat u participeren in de regionale dienstenregeling. Meer informatie over benodigde competenties, accreditatie, training en vergoedingen vindt u op de website van de KNMG.

Hebt u belangstelling, maar wilt u eerst een beter beeld krijgen van het werk als SCEN-arts of heeft u nog vragen, dan kunt u contact opnemen met **Raymond Sanders**, districtscoördinator SCEN bij de KNMG, telefonisch bereikbaar op 030-282 32 68.



Meer informatie over Vesicare®/verkorte productinformatie. Samenstelling. Vesicare 5 mg en Vesicare® 10 mg filmomhulde tabletten bevatten respectievelijk 5 mg en 10 mg solifenacinesuccinaat overeenkomend met 3,8 mg en 7,5 mg solifenacine. Therapeutische indicatie. Symptomatische behandeling van urge-incontinentie en/of verhoogde mictiefrequentie en aandrang zoals kan voorkomen bij patiënten met het overactieve blaasyndroom. Dosering en wijze van toediening. De aanbevolen dosering voor volwassenen (inclusief ouderen) is 5 mg eenmaal daags. Indien nodig mag de dosering worden verhoogd tot 10 mg eenmaal daags. Vesicare® tabletten kunnen met of zonder voedsel worden ingenomen en dienen met wat vloeistof geheel te worden doorgeslikt. Vesicare® wordt niet aanbevolen bij kinderen. Contra-indicaties. Overgevoeligheid voor het werkzaam bestanddeel of voor één van de hulpstoffen; urineretentie; onvoldoende gereguleerde gesloten kamerhoekglaucoom; myasthenia gravis; een ernstige gastro-intestinale aandoening (met inbegrip van toxisch megacolon) en patiënten die hemodialyse ondergaan, een ernstige leverinsufficiëntie of matige leverinsufficiëntie hebben en die worden behandeld met een sterke CYP3A4-remmer zoals ketoconazol; en ernstige nierinsufficiëntie. Speciale waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik. Zoals met alle behandelingen van overactieve blaas moeten voor behandeling organische oorzaken van de aandrang en frequente mictie worden uitgesloten. Voorzichtigheid is geboden bij significant gedecompenseerde obstructie van de blaas en risico op urineretentie; gastro-intestinale obstructie of risico van verminderde gastro-intestinale motiliteit. Bij patiënten met ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring  $\leq 30$  ml/min) of met matige leverinsufficiëntie of die gelijktijdig worden behandeld met een sterke CYP3A4 remmer, zoals ketoconazol mag de dagelijkse dosering niet hoger zijn dan 5 mg. De veiligheid en werkzaamheid zijn nog niet vastgesteld in patiënten met een neurogene oorzaak van overactiviteit van de blaas. Omdat solifenacine, zoals andere anticholinerge stoffen, wazig zien (in het algemeen licht van aard) kan veroorzaken, kan het vermogen om voertuigen te besturen of machines te bedienen negatief worden beïnvloed. Bijwerkingen. Tengevolge van de farmacologische eigenschappen van solifenacine kunnen de volgende bijwerkingen optreden: Zeer vaak ( $\geq 1/10$ ) droge mond. De ernst van de droge mond was over het algemeen licht en leidde in gerandomiseerde onderzoeken slechts in enkele gevallen tot het afbreken van de behandeling. Vaak ( $1/100$ ,  $< 1/10$ ) constipatie, misselijkheid, dyspepsie, buikpijn en wazig zien. Soms ( $\geq 1/1.000$ ,  $< 1/100$ ) urineweginfectie, cystitis, slaperigheid, dysgeusie, droge ogen, droge neusslijmvliezen, gastro-oesofageale reflux, droge keel, droge huid, moeilijkheden met mictie, vermoeidheid, perifeer oedeem. Zelden ( $\geq 1/10.000$ ,  $< 1/1.000$ ) urineretentie, colon-obstructie, fecale impactie. Zeer zelden ( $< 1/10.000$ , post-marketing meldingen) hallucinaties, verwarde toestand, duizeligheid, hoofdpijn, braken, pruritus, huiduitslag, urticaria. Aard en inhoud van de verpakking. Strips die 10 filmomhulde tabletten per strip bevatten; drie strips in een kartonnen doos.

Volledige productinformatie is op aanvraag verkrijgbaar bij: Astellas Pharma B.V. Postbus 108, 2350 AC Leiderdorp Tel.: 071-5455854 Fax: 071-5455850. Datum laatste wijziging IB tekst 31 mei 2010





ELKE BEWEGING TELT ALS JE WILT  
**MEEDOEN**

Chandrapal (11) uit India, begint elke schooldag met ochtendgymnastiek. Net als al zijn klasgenoten zonder handicap. Zijn kunstbeen zit 'm daarbij niet in de weg. Dankzij het Liliane Fonds wordt de prothese regelmatig vervangen. Maar goed ook, want naast school is hij gek op spelen. Zoals Chandrapal wil het Liliane Fonds nog veel meer kinderen laten meedoen. De kleinste bijdrage maakt al een wereld van verschil. Kijk op [www.meedoen.nl](http://www.meedoen.nl) om te zien wat u kunt betekenen.

# Liliane Fonds

open de wereld  
voor een kind  
met een handicap



gratis plaatsing Foto: Morad Bouchakour



# Werken vóór en mét mensen

## Specialist ouderengeneeskunde

voor onder andere de unit voor palliatieve zorg  
( 24 - 36 uur gemiddeld per week )

Surplus zorg zoekt een enthousiaste specialist ouderengeneeskunde die samen met ons de unit voor palliatieve zorg verder gestalte kan gaan geven. Ook als u begin 2012 de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde afrondt nodigen wij u graag uit te solliciteren.

Eén van onze nieuwe woonzorgcentra krijgt de beschikking over een unit voor palliatieve zorg van 6 plaatsen. Het zal één van uw taken zijn een bijdrage te leveren aan de verdere ontwikkeling van deze unit. Het volgen van de kaderopleiding palliatieve zorg kan tot de mogelijkheden behoren.

### Waar en wat

Surplus Zorg biedt ouderen in westelijk Noord Brabant een gevarieerd aanbod op het gebied van zorg met en zonder behandeling, wonen en welzijn. Vanuit deze basisfuncties en de kernwaarden dichtbij, actief en persoonlijk bieden wij onder andere thuiszorg, zorg in appartementen en kleinschalige woongroepen, dagverzorging en dagbehandeling. Behandeling wordt geboden aan een gevarieerde groep cliënten die binnen Surplus revalideren, somatische of palliatieve zorg ontvangen of op een afdeling verblijven voor psychogeriatrische of gerontopsychiatrische zorg. Onze cliënten verblijven in woonzorgcentra en op een ziekenhuisafdeling in het gebied gelegen tussen de steden Breda, Roosendaal en Dordrecht. Als specialist ouderengeneeskunde heeft u binnen Surplus veel mogelijkheden zich te ontwikkelen en bezig te zijn met de ontwikkeling van het vak. De specialist ouderengeneeskunde heeft tevens een consultatiefunctie voor huisartsen en specialisten in de polikliniek voor ouderen in het verpleeghuis en houdt spreekuur binnen diverse huisartsenpraktijken.

### Wij bieden

Surplus biedt aan specialisten ouderengeneeskunde een gevarieerde werkomgeving. De artsen van Surplus hebben verschillende achtergronden. Van specialist ouderengeneeskunde, neuroloog, huisarts tot basisarts en arts in opleiding. Ook biedt Surplus al vele jaren een opleidingsplaats tot specialist ouderengeneeskunde. Surplus vindt het belangrijk om met de artsen in gesprek te blijven over de persoonlijke wensen, ontwikkelmogelijkheden en inhoud van het takenpakket.

De arbeidsvoorwaarden zijn overeenkomstig de CAO-VV&T. Zowel een parttime als fulltime contract behoort tot de mogelijkheden.

### Interesse

Voor meer informatie over een gevarieerde baan als specialist ouderengeneeskunde binnen een dynamisch medisch team van Surplus kunt u contact opnemen met mw. Monique Maas-Jongerius, specialist ouderengeneeskunde en directeur Behandeling & Begeleiding Surplus: [m.maas@surpluszorg.nl](mailto:m.maas@surpluszorg.nl) of telefonisch via 0168-350515.

Zie ook: [www.surplusgroep.nl](http://www.surplusgroep.nl). Uw sollicitatie kunt u voor 12 december 2011 richten aan de Surplus Groep, ter attentie van L. van Dijk, personeelsfunctionaris, Pastoor van Kessellaan 7, 4761 BN Zevenbergen of per e-mail naar [l.vandijk@surplusgroep.nl](mailto:l.vandijk@surplusgroep.nl)

# Ouderengeneeskunde 2.0

Lonneke Schuurmans

In deze nieuwe rubriek in het *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* nieuws en wetenswaardigheden uit de wereld van internet, apps en sociale media. Tips voor deze rubriek? Mail of tweet!

## WEBSITES

[www.alzheimerexperience.nl](http://www.alzheimerexperience.nl)



Tijdens mijn visite op de PG-afdeling, kreeg ik van het team deze tip: *Alzheimer Experience*, een prachtig initiatief van wetenschapper en auteur Anne-Mei The, bedoeld om bezoekers via indringende filmpjes te laten ervaren wat het is om Alzheimer te hebben.

*Alzheimer Experience* probeert de enorme kennis- en begripskloof tussen de gezonde buitenwereld en de belevingswereld van mensen met dementie te dichten. Voor mantelzorgers en professionals!

[www.artsennet.nl/dashboard.htm](http://www.artsennet.nl/dashboard.htm)

Met het *Personal Dashboard* van Artsennet is het mogelijk om een gepersonaliseerde voorpagina te maken via zogenaamde *widgets* (informatieblokken). Er zijn talloze widgets beschikbaar, variërend van nieuws (algemeen of per vakgebied) en wetenschap (inhoud van tijdschriften en richtlijnen) tot online nascholing en verschillende handige tools (zoals direct toegang tot je GAIA-account en direct zoeken in NHG-standaarden). Natuurlijk ontbreken handige widgets zoals buienradar en een NS-reisplanner ook niet. Persoonlijk ben ik nogal gecharmeerd van de 'Verklaar Afkortingen' widget door Pinkhof. Uiterst handig!

## SOCIAL MEDIA

Yammer | *The Enterprise Social Network*, een sociale media website voor de werkvloer. Een soort Twitter en Facebook ineens, gekoppeld aan een bedrijf of organisatie. Hoe werkt het? Een organisatie maakt een Yammer-account aan en werknemers kunnen vervolgens met hun werkmail inloggen en met collega's binnen de organisatie ideeën uitwisselen, discussiëren, vragen stellen en elkaar op de hoogte houden van ontwikkelingen. Handig voor grote organisaties! Zo heeft mijn eigen werkgever inmiddels een actieve en productieve Yammer-gemeenschap opgebouwd. Kijk

voor meer informatie op: [www.yammer.com](http://www.yammer.com). Er zijn ook Yammer- apps voor iPhone en Android en je desktop.

**Medisch Contact op Facebook** | De artikelen van het bekende tijdschrift Medisch Contact snel in je Facebook feed, met de mogelijkheid om te reageren en discussiëren. *Like!*

**Specialisten Ouderengeneeskunde @ Twitter | TweetShot**



Zelf ook actief op twitter? Stuur me een tweet! De mooiste tweet van de afgelopen periode krijgt een screenshot in deze rubriek!

## APPS

Wil je een app tippen voor deze rubriek? Mail of tweet!

**VisualDX Mobile**



Altijd al een database met foto's van (huid) afwijkingen en ziektebeelden in uw broekzak willen hebben? Dat kan nu met *VisualDX Mobile*, een app die klinische informatie combineert met afbeeldingen van dermatologische aandoeningen, infectieziekten en medicijngerelateerde ziekten. Naast de kliniek geeft de app ook een differentiaal diagnose en een behandeladvies.

VisualDX Mobile is ontwikkeld door *Local Images* en borduurt voort op het succes van *VisuelDX*, het bekende desktop programma. Een *trial* versie van de app is gratis te downloaden in de appstores van Android en Apple (iPhone, iPod, iPad). Als het programma bevalt, kun je een betaald abonnement afsluiten. Het is ook mogelijk om als organisatie een abonnement te nemen voor medewerkers. Kijk voor meer informatie op [www.visualdx.com](http://www.visualdx.com).

Correspondentieadres

[lonneke.schuurmans@zorgboog.nl](mailto:lonneke.schuurmans@zorgboog.nl) | @ouderengnk

# Richtlijnen voor auteurs

Het *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* staat open voor bijdragen van iedereen die betrokken is bij zorg, onderwijs en onderzoek ten behoeve van patiënten die ouderenzorg genieten in de breedste zin van het woord. Bijdragen kunnen bestaan uit artikelen, brieven aan de hoofdredacteur, congresverslagen, samenvattingen van proefschriften, samenvattingen van voordrachten, et cetera.

## INDIENEN VAN EEN BIJDRAGE

### Tekst

- De eerste pagina dient de namen, titels en functies van de auteurs te bevatten en het adres van de eerste auteur inclusief telefoon- en faxnummer en e-mailadres.
- Maak de tekst niet langer dan 1500–2000 woorden of 4 pagina's A4-formaat (lettertype: Times New Roman, 12-punts).
- Maak zoveel mogelijk gebruik van de indeling: inleiding, doel, methoden, patiënten, resultaten, discussie, conclusie(s). Deel anders de tekst op in duidelijke alinea's.
- Bijdragen dienen te worden aangeleverd per e-mail als Wordbestand. Hanteer kantlijnmargin van 2,5 cm.
- Maak bij lange teksten gebruik van tussenkopjes.
- Houd het gebruik van tabs in de tekst zo beperkt mogelijk.
- Gebruik geen voetnoten. Maak alleen gebruik van eindnoten indien dat noodzakelijk is.
- Bedankjes aan personen, afdelingen, instellingen, et cetera, op een aparte pagina bijvoegen.
- Geef in de bijdrage aan waar de illustraties ongeveer geplaatst kunnen worden.
- In de tekst wordt door middel van een volgnummer verwezen naar eventuele literatuur.

### Taal

- Een bijdrage dient in de Nederlandse taal gesteld te zijn tenzij anders overeengekomen.
- Vermeld van medicamenten eerst merknaam en stofnaam, daarna alleen stofnaam.
- Gebruik de nieuwste officiële spelling (het Groene boekje).
- Schrijf in de tekst getallen tot twintig voluit, voor zover dat niet storend is.
- Gebruik alleen dubbele aanhalingstekens binnen "citaten", dus bij aanhalingstekens binnen de tekst enkele aanhalingstekens gebruiken.
- Schrijf afkortingen voluit.
- Zorg voor leestekens en diakritische tekens, bijvoorbeeld patiënten in plaats van patienten.
- Breek woorden niet af aan het einde van de zin. Maak bij tekstverwerkingsprogramma's gebruik van automatisch afbreken.

### Afbeeldingen/tabellen/figuren

- Het heeft de voorkeur om een bijdrage vergezeld te laten gaan van 1-3 afbeeldingen, tabellen of figuren.
- Afbeeldingen, grafieken en figuren dienen bij voorkeur als jpeg-bestand met een hoge resolutie te worden aangeleverd. Afbeeldingen die in het bestand zelf geplaatst zijn en niet als apart bestand zijn aangeleverd kunnen niet verwerkt worden. Daarnaast bestaat de mogelijkheid de afbeeldingen, grafieken en tabellen in PowerPoint-formaat of als pdf-bestand aan te leveren als deze van goede kwaliteit zijn.
- Voorzie iedere illustratie van een onderschrift.
- Meegestuurd foto's en/of andere illustraties worden niet teruggestuurd, maar bewaard in het archief van de uitgever, tenzij nadrukkelijk anders overeengekomen.

### Literatuur

- De literatuurlijst aan het eind van een bijdrage is gerangschikt naar het nummer van de verwijzing in de tekst.
- Artikelen die nog niet gepubliceerd zijn mogen alleen in de literatuurlijst worden opgenomen indien zij geaccepteerd zijn voor publicatie. In dat geval dient de naam van het tijdschrift of het boek vermeld te worden.
- Vermeld alle auteurs tenzij het er meer dan zeven zijn. Na de zevende auteur kan volstaan worden met de vermelding et al.
- Persoonlijke communicatie en niet-gepubliceerde artikelen dienen opgenomen te worden als eindnoot en als zodanig te worden aangemerkt.

- Maak voor vermelding van de naam van een tijdschrift gebruik van de standaard afkorting van de Index Medicus. Schrijf bij twijfel de naam voluit.
- De literatuurlijst dient niet langer te zijn dan vijftien referenties.
- Voorbeelden verwijzingen
  1. Artikel:  
Hoogland AM, Lankveld W van, Kuyk-Minis MA van, Pad Bosch P van 't. Reumachirurgie in de hand: factoren die het effect negatief kunnen beïnvloeden. *NT Reumatol* 2000;3(2):33-8.
  2. Proefschrift:  
Bijl M. Apoptosis and autoantibodies insystemic lupus erythematosus [dissertation]. Groningen: University Groningen, 2001.
  3. Boek:  
Streiner D, Norman GR. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. Oxford: Oxford University Press, 1992.
  4. Artikel in een boek:  
Katz S, Halstead LS, Wierenga M. A medical perspective of team care. In: Sherwood S, editor. Longterm care: a handbook for researchers, planners, providers. New York: Spectrum, 1975:213-52.
  5. Rapport uitgegeven door een instituut:  
Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Tussen cure en care. Advies voor een referentiekader voor mensen met ernstige en langdurige beperkingen als gevolg van gezondheidsproblemen. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1994.

## VERKLARING AUTEURS

Door het inzenden van een bijdrage verklaren alle auteurs dat zij er akkoord mee gaan dat:

- zij vermeld worden als (mede)auteur;
- de redactie de bijdrage ter beoordeling kan voorleggen aan anderen dan de redactieleden.

De redactie gaat ervan uit dat bij publicaties over onderzoek waarbij derden betrokken zijn (geweest), toestemming is verleend voor het betreffende onderzoek door een medisch-ethische commissie.

## PROCEDURE BEOORDELING BIJDRAGE

- Een bijdrage wordt in de eerstkomende redactievergadering door de redactie beoordeeld op geschiktheid voor publicatie. Bij afwijzing van een bijdrage wordt de reden vermeld. Er kan niet worden gereclameerd.

## DRUKPROEVEN

- Bij ingezonden stukken: de eerste of corresponderende auteur krijgt eenmaal de gelegenheid om de drukproef te corrigeren. Er dient binnen 48 uur gereageerd te worden. Daarna is de versie definitief.
- Bij interviews: de geïnterviewde heeft recht op inzage van het interview voor publicatie. Wijzigingen die de geïnterviewde aangebracht wil zien, dienen binnen 48 uur kenbaar gemaakt te worden aan de redactie en zullen in redelijkheid in overleg worden overwogen.
- De uitgever is niet verantwoordelijk voor fouten en/of imperfecties die na goedkeuring van de proefversie nog worden ontdekt of die in de uiteindelijke uitgave aanwezig blijken.
- Het is niet mogelijk om na de goedkeuring van de proefversie nog wijzigingen in tekst, volgorde of illustraties aan te brengen.

## PLAATSING

De redactie bepaalt in redelijkheid het moment waarop een bijdrage daadwerkelijk wordt gepubliceerd.

## REDACTIEADRES

Bijdragen dienen te worden gezonden naar:

Bureau Verenso  
Judith Heidstra  
Postbus 20069  
3502 LB UTRECHT  
redactie@verenso.nl

## INLICHTINGEN

Hoofdredacteur dr. Jos W.P.M. Konings  
jkonings@zuweezorg.nl