

## De complexiteit van Geriatrische Revalidatie

Dr. Bianca Buijck  
Managing Director Rotterdam Stroke Service  
Opmaak: 19 maart 2019

Evaluatiedatum: 19 maart 2021

*Rotterdam Stroke Service*  
Nieuwe binnenweg 29  
3014 GB Rotterdam  
T +31 (0) 6 25 18 08 29

bianca.buijck@rotterdamstrokeservice.nl  
www.rotterdamstrokeservice.nl

Inhoud

<b>De complexiteit van Geriatrische Revalidatie .....</b>	<b>1</b>
1. Wat is geriatrische revalidatiezorg? .....	3
2. Hoe ziet multidisciplinaire revalidatie er uit? .....	3
3. Wat is therapeutisch klimaat? .....	4
4. Wat is de duur van de revalidatie?.....	4
5. Hoe vindt triage plaats? .....	5
6. Wat belemmert opname vanuit het ziekenhuis naar de GRZ? .....	6
7. Referenties .....	7

### **1. Wat is geriatrische revalidatiezorg?**

Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is kortdurende, multidisciplinaire, op herstel gerichte zorg voor de groep van kwetsbare revalidanten die na een ziekenhuisopname voor revalidatiebehandeling op een specifieke revalidatieafdeling in een verpleeghuis worden opgenomen. Hierbij is het doel om deze revalidanten terug te laten keren naar de thuissituatie ([www.actiz.nl](http://www.actiz.nl)). De patiënt loopt hierbij dus door verschillende fasen in de keten en heeft belang bij een adequate route door de keten.

Geriatrische revalidatie betreft de revalidatie van ouderen, die in het algemeen nog onafhankelijk thuis of in een zorgappartement wonen, voordat ze gingen revalideren. De groep oudere revalidanten wordt gekenmerkt door hun kwetsbaarheid ('frailty') en multimorbiditeit, die het revalidatieproces beïnvloeden. De gemiddelde leeftijd is rond de 80 jaar en revalidanten hebben gemiddeld vier nevendiaagnosen en daarom is specifieke zorg nodig. De geriatrische revalidatie heeft als doel om (functionele) onafhankelijkheid te verbeteren of te behouden. Bij revalidatie als een continu (leer)proces is het belangrijk dat het revalidatieprogramma een logische opbouw heeft, qua intensiteit gedoseerd is en voldoende variatie kent. De te leren taken en te behalen doelen moeten relevant en haalbaar zijn voor de oudere. De complexiteit zit hem in de kenmerken van de groep enerzijds en de organisatie van (revalidatie)zorg anderzijds die zorgen voor belemmeringen bij de doorstroom in de keten. In de volgende paragrafen wordt hier verder op ingegaan.

### **2. Hoe ziet multidisciplinaire revalidatie er uit?**

Na ontslag uit het ziekenhuis kan een patiënt revalideren: thuis, in het revalidatie centrum voor medisch specialistische revalidatie en in de geriatrische revalidatie. Nederlandse verpleeghuizen bieden geriatrische revalidatie op specifieke revalidatie-units. Ze bieden aangepaste multidisciplinaire revalidatieprogramma's, gericht op ontslag naar huis of naar een lichtere zorgvorm. De intensiteit van revalidatie wordt aangepast aan wat de revalidant aan kan. Meer nog dan leeftijd zijn de volgende factoren hier op van invloed: premorbide functioneren, multimorbiditeit, omvang van de schade in het brein, neuropsychiatrische symptomen, motivatie en beschikbaarheid mantelzorg. Elke revalidant krijgt in een therapeutisch klimaat en gebaseerd op revalidatiedoelen, een revalidatieprogramma aangeboden door een multidisciplinair team.

Dit team bestaat uit de specialist ouderengeneeskunde, Verzorgenden & Verpleegkundigen (V&V), fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, (neuro- of gz-) psycholoog, maatschappelijk werker en diëtist.

Het team maakt een multidisciplinair behandelplan, waarbij de therapie passend is voor de individuele behoefte van de revalidant (Buijck, 2013). Maatwerk dus....

Niet alleen functioneel herstel speelt een belangrijke rol in de uitkomst van revalidatie maar ook (het al dan niet herstellen van) cognitieve functies en de aanwezigheid van neuropsychiatrische symptomen. Cognitieve beperkingen en neuropsychiatrische symptomen zoals psychose, depressie, apathie, angst en agitatie zijn belastend voor de revalidant en diens naasten, en hebben een negatieve invloed op de kwaliteit van leven. Geriatrische revalidatie is daarom ook gericht op het omgaan met psychische problematiek en ondersteuning van mantelzorgers. Partner of kinderen worden vaak mantelzorger en krijgen te maken met een rolverandering. Ook zij moeten leren leven met de consequenties van disfunctie en verminderde participatie in activiteiten van het dagelijks leven (ADL). Daarom moeten psycholoog, maatschappelijk werker en V&V tijdig in het revalidatieproces worden betrokken.

### **3. Wat is therapeutisch klimaat?**

De therapeuten bieden de therapie individueel of in groepen en deze vindt plaats in de oefenruimte, maar ook op de revalidatieafdeling zelf. Alle activiteiten tijdens verblijf zijn er op gericht om de revalidant te revalideren. In die zin schept het multidisciplinaire team een therapeutisch klimaat. Een therapeutisch klimaat draagt bij aan functioneel herstel (Terwel, 2011; Tijssen, Derksen, Achterberg & Buijck, 2019). Daarom moeten V&V taakgerichte oefeningen integreren bij hun ondersteuning van de ADL, waardoor het uitvoeren van ADL-activiteiten ook therapiemomenten zijn die bijdragen aan de uiteindelijke revalidatie-uitkomst.

### **4. Wat is de duur van de revalidatie?**

Binnen de revalidatie in het verpleeghuis zien we 3 hoofdgroepen revalidanten:

1) Kortdurende revalidatie: revalidanten met matige restverschijnselen na een CVA die naar verwachting snel revalideren; 2) Middellange revalidatie: revalidanten met significante restverschijnselen die enige tijd moeten revalideren, maar wel naar huis zouden kunnen;

*Rotterdam Stroke Service*  
Nieuwe binnenweg 29  
3014 GB Rotterdam  
T +31 (0) 6 25 18 08 29

[bianca.buijck@rotterdamstrokeservice.nl](mailto:bianca.buijck@rotterdamstrokeservice.nl)  
[www.rotterdamstrokeservice.nl](http://www.rotterdamstrokeservice.nl)

3) Langdurige revalidatie: revalidanten met ernstige beperkingen, die naar verwachting langere tijd moeten revalideren voordat ze naar huis kunnen of waarbij permanente opname volgt.

Een revalidant kan bij opname vanuit het ziekenhuis nog onvoldoende medisch stabiel zijn of lichamelijk nog niet in staat om te starten met een (intensief) revalidatieprogramma.

Het revalidatieproces gaat dan wel van start, want ook met ADL-activiteiten zoals zelfverzorging, wassen en aankleden, eten en zich verplaatsen, is de revalidant bezig met revalideren. Er is de mogelijkheid binnen de GRZ de uren voor therapie 'op te sparen', voor een later tijdstip. De duur van DBC GRZ bedraagt maximaal zes maanden. Voor meer informatie: <http://www.cvz.nl/pakket/zvw-kompas/geriatische+revalidatiezorg>. Indien langer gewenst is kan er met een motivatie verlenging aangevraagd worden bij de zorgverzekeraar van de revalidant.

Het kortdurend eerstelijnsverblijf (ELV) is een vorm van zorg voor patiënten die door hun aandoening tijdelijk niet naar huis kunnen. De afweging voor eerstelijnsverblijf vanuit de thuissituatie wordt gemaakt door de huisarts, en bij ontslag uit het ziekenhuis maakt de medisch specialist de afweging, mogelijk samen met de transferverpleegkundige. Zo nodig is er ook afstemming met de huisarts om de noodzakelijke vervolgzorg op basis van de thuissituatie te bepalen. De huisarts heeft de verantwoordelijkheid voor de laag complexe medische zorg, en de specialist ouderengeneeskunde voor de hoog complexe medische zorg. Soms worden andere regionale, lokale of op de situatie van de patiënt afgestemde afspraken gemaakt bij ELV. Zo kan voorafgaand aan de geriatische revalidatie soms ELV ingezet worden als de patiënt nog te laag belastbaar is.

### **5. Hoe vindt triage plaats?**

Aan de hand van een triage-instrument, bijvoorbeeld de Beslshulp Beroerte (Visser-Meily & Meijer, 2010) of het triage-instrument van Venenso maken professionals in het ziekenhuis een inschatting van het revalidatie (leer)vermogen van een revalidant. De Beslshulp Beroerte is gebaseerd op de Dutch Stroke Clinimetric Core Set voor de ziekenhuisfase en biedt een diagnostische meetset voor diverse disciplines. De set heeft een prognostische waarde voor het bepalen van het optimale revalidatietraject na ontslag uit het ziekenhuis. De triage is de verantwoordelijkheid van de medisch specialist maar in de praktijk wordt deze triage vaak uitgevoerd door revalidatiearts en/of specialist ouderengeneeskunde. *Rotterdam Stroke Service*

Nieuwe binnenweg 29  
3014 GB Rotterdam  
T +31 (0) 6 25 18 08 29

[bianca.buijck@rotterdamstrokeservice.nl](mailto:bianca.buijck@rotterdamstrokeservice.nl)  
[www.rotterdamstrokeservice.nl](http://www.rotterdamstrokeservice.nl)

Naast leeftijd, functionele toestand en draagkracht van de oudere spelen ook woonsituatie en beschikbaarheid en draagkracht van een mantelzorger hierin een rol. Op basis van deze afwegingen vindt overplaatsing naar een revalidatiecentrum of geriatrische revalidatie in het verpleeghuis plaats. Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van een opeenstapeling van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren, dat de kans vergroot op negatieve uitkomsten (functiebeperkingen, opname, vroegtijdig overlijden). Kwetsbaarheid is geen vast gegeven, ouderen kunnen meer of minder kwetsbaar worden. De geriatrische revalidant is iemand met een complex ziektebeeld, als gevolg van stoornissen op lichamenlijk, geestelijk en/of sociaal gebied, waardoor zelfstandig functioneren en de kwaliteit van leven negatief wordt beïnvloed. De geriatrische revalidant revalideert in de geriatrische revalidatie: 1) omdat er sprake is van multimorbiditeit (gemiddeld vier nevendiaagnosen), 2) vanwege de ernst van de aandoening, 3) omdat de intensiteit van behandeling in het revalidatiecentrum te hoog is, en 4) omdat de bereikbaarheid voor familie/mantelzorgers soms beter is.

#### **6. Wat belemmert opname vanuit het ziekenhuis naar de GRZ?**

De triage vanuit het ziekenhuis naar een vervolginstelling moet goed worden georganiseerd. Processen moeten perfect op elkaar aansluiten en informatievoorziening moet adequaat zijn om er voor te zorgen dat de revalidant naadloos door de keten heen gaat. Dat betekent dat men goed op de hoogte moet zijn van elkaars werkzaamheden, kennis, competenties en verantwoordelijkheden.

Actiz geeft aan dat verdere ontwikkeling van de geriatrische revalidatie nodig is, maar dat er nog belemmeringen zijn. Ze noemen bijvoorbeeld de te smalle aanspraak. De revalidant moet minimaal één dag opgenomen zijn geweest in het ziekenhuis of moet een geriatrisch assessment hebben ondergaan voordat deze voor GRZ in aanmerking kan komen. Daarnaast bepalen zorgverzekeraars te veel wat goede geriatrische revalidatie is door af te rekenen op ligduur en behandelintensiteit. Ze houden daarmee geen rekening met grotestedenproblematiek of gemeentelijke verschillen. Voor de regio Rotterdam is dat evident. Toch moeten we zorgen voor een betere en snellere route voor revalidanten door de keten heen. De revalidant is gebaat bij een spoedig ontslag naar huis.

Vanuit de triage kan blijken dat een revalidant in aanmerking komt voor GRZ, echter soms kan de zorg en behandeling niet altijd plaatsvinden bij de GRZ instelling van voorkeur. Bijvoorbeeld omdat de specifieke wet –en regelgeving in verpleeghuizen dat niet toe laat.



De mogelijke belemmeringen worden hieronder weergegeven:

- De revalidant heeft een MSRA of andere BMRO infectie
- De revalidant gebruikt nog Haldol en is nog niet aan afbouw toe
- De revalidant wordt in het ziekenhuis gefixeerd en is nog niet aan verwijderen van fixatie toe (Zweedse band, polsfixatie, gordels, bedhekken etc.)
- De revalidant heeft een delier
- De revalidant vertoont wegloop gedrag, waardoor de veiligheid van de revalidant op een open afdeling niet gewaarborgd kan worden.
- De revalidant heeft actieve verslavingszorg nodig
- De revalidant kreeg al voor het “event” de diagnose dementie
- De revalidant heeft dermate grensoverschrijdend gedrag (wanen, hallucinaties, agressie, doelloos repetitief gedrag, ontremd gedrag, nachtelijke onrust) dat dit de revalidatie van revalidant en mederevalidanten in de weg staat
- De revalidant heeft medisch-verpleegkundige interventies nodig die de GRZ locatie niet kan bieden (denk aan Picc lijn, specifieke canules etc.).
- De revalidant is zodanig medisch instabiel dat “technische” monitoring noodzakelijk is.

De bovenstaande lijst geeft een indicatie van belemmeringen. Bij dit soort belemmeringen is het belangrijk om met elkaar in gesprek te blijven en gezamenlijk naar een oplossing te zoeken. Vaak is het mogelijk om samen tot een oplossing te komen en er voor te zorgen dat een revalidant op het juiste moment en op de juiste plaats, bij de juiste zorgverlener behandeling, zorg en begeleiding ontvangt.

## **7. Referenties**

- Buijck BI. (2013). Zorgprogramma Geriatrische CVA-revalidatie. Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen.
- Terwel JM. (2011). Alles is revalidatie: revalidatie na een beroerte in het Laurens Therapeutisch Klimaat . Delft: Eburon.
- Tijssen, L.M.J., Derksen, E.W.C., Achterberg, W.P., Buijck, B.I. (2019). Challenging rehabilitation environment for older persons. Submitted to Clinical Interventions in Ageing.
- Visser-Meily A & Meijer R, (2010). Werkgroep CVA Nederland. Beslissing Beroerte. Utrecht.

*Rotterdam Stroke Service*  
Nieuwe binnenweg 29  
3014 GB Rotterdam  
T +31 (0) 6 25 18 08 29

[bianca.buijck@rotterdamstrokeservice.nl](mailto:bianca.buijck@rotterdamstrokeservice.nl)  
[www.rotterdamstrokeservice.nl](http://www.rotterdamstrokeservice.nl)