



beeld: Ger Loeffen, HH

Specifieke geriatrische aanpak moet draaideurpatiënten voorkomen

# COPD-revalidatie in het verpleeghuis

E.F. van Dam van Isselt,  
specialist ouderengeneeskunde,  
Zorggroep Solis, Deventer

dr. K.H. Groenewegen-Sipkema,  
longarts, Deventer Ziekenhuis

J.H.M. Visschedijk,  
specialist ouderengeneeskunde,  
Zorggroep Solis, Deventer

dr. W.P. Achterberg,  
specialist ouderengeneeskunde,  
hoofd Universitair Netwerk  
Ouderenzorg UNO-VUmc  
Amsterdam

Correspondentieadres: [lvandam-vanisselt@zorggroepsolis.nl](mailto:lvandam-vanisselt@zorggroepsolis.nl);  
c.c.: [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

Oudere patiënten met COPD vallen na een ziekenhuisopname regelmatig tussen wal en schip. In het slechtste geval leidt dit zelfs tot heropname. In Deventer is voor deze beperkt belastbare patiënten een specifiek revalidatietraject ontwikkeld.

**C**OPD komt bij ouderen zeer frequent voor. De prevalentie van COPD-patiënten in de algemene bevolking wordt geschat op 2,4 procent bij mannen en 1,7 procent bij vrouwen en neemt met de leeftijd toe tot 16,8 procent bij ouderen boven de 80.<sup>1</sup> Exacerbaties, die in ongeveer de helft van de gevallen gepaard gaan met een longinfectie, vormen een belangrijk probleem en komen gemiddeld één tot vier keer per jaar voor.<sup>2,3</sup> Hoewel niet elke exacerbatie leidt tot een ziekenhuisopname, wordt bijna 10 procent van de patiënten met COPD jaarlijks opgenomen in een ziekenhuis.<sup>1</sup> Vooral oudere COPD-patiënten leveren tijdens zo'n ziekenhuisopname veel

in als het gaat om conditie, kracht, gewicht en algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Omdat de meeste patiënten na enkele dagen gestabiliseerd zijn, is een langdurige en dure ziekenhuisopname vaak niet geïndiceerd. Een te vroeg ontslag kan echter leiden tot overbelasting thuis, waardoor patiënten in een negatieve spiraal terecht komen met een snelle heropname tot gevolg.

## Kwetsbare ouderen

Geriatrische revalidatie in het verpleeghuis heeft zich de laatste jaren sterk ontwikkeld.<sup>4</sup> Bij deze vorm van multidisciplinaire revalidatie, die zich specifiek richt op kwetsbare ouderen

met meerdere chronische ziektes, staat herstel van functioneren en participatie centraal. Geriatrische revalidatie verschilt in essentie dan ook niet van de revalidatie zoals die in revalidatiecentra wordt geboden. De doelgroep verschilt echter wel, omdat deze patiënten vaak niet voldoende in staat zijn tot het volgen van intensieve revalidatieprogramma's. Daarom zijn er de laatste jaren in het verpleeghuis

revalidatieprogramma's ontwikkeld voor CVA- en orthopediepatiënten.

In enkele verpleeghuizen in Nederland zijn recentelijk ook COPD-revalidatietrajecten ontwikkeld, die zich specifiek op deze

groep van minder belastbare COPD-patiënten richten. Een voorbeeld hiervan is het COPD-revalidatieprogramma dat in mei 2009 in Deventer is gestart: een ketenzorgprogramma van het Deventer Ziekenhuis en Zorggroep Solis.

#### **Thuis functioneren**

Doel van dit revalidatieprogramma is om met name oudere COPD-patiënten, na een ziekenhuisopname in verband met een exacerbatie, beter te laten functioneren in hun thuissituatie en om complicaties, zoals recidiverende ziekenhuisopnames, te voorkomen.

Voor dit COPD-revalidatietraject komen twee patiëntengroepen in aanmerking:

- Patiënten die zijn opgenomen in het ziekenhuis als gevolg van een exacerbatie COPD. Meestal zijn deze patiënten na enkele dagen gestabiliseerd en in staat om verder te revalideren. Bij hen gaat het vooral om het adequaat instellen en gebruik van medica-

tie, het afbouwen van zuurstoftherapie en oefentherapie. De verwachte revalidatieduur is drie weken (COPD-1).

- COPD-patiënten die zijn opgenomen in het ziekenhuis na een al langer bestaande algehele verslechtering, waarbij comorbiditeit meestal ook een grote rol speelt. Deze patiënten hebben een langer revalidatietraject nodig. De verwachte revalidatieduur is zes tot acht weken (COPD-2).

Voorwaarde voor deelname aan het traject is dat de patiënt gemotiveerd is en na een tijdelijke opname weer thuis wil functioneren. De patiënt moet bovendien de potentie hebben om weer grotendeels ADL-zelfstandig en mobiel te worden. En er moet geen sprake zijn van een cognitieve of psychiatrische stoornis die een ernstige belemmering vormt bij het trainen.

#### **Behandelplan**

De revalidatieafdeling van Zorggroep Solis heeft vijf bedden beschikbaar voor COPD-revalidatie. De AWBZ financiert deze zorg op basis van een ZZP-9-indicatie (zorgzwaartepakket 9; verblijf met herstelgerichte verpleging en verzorging), afgegeven door het CIZ. De longarts stelt de indicatie voor het revalidatietraject.

De specialist ouderengeneeskunde van het verpleeghuis bezoekt wekelijks de longafdeling in het ziekenhuis voor overleg met de longarts en een intakegesprek met potentiële COPD-revalidanten.

Bij opname in het verpleeghuis stelt de specialist ouderengeneeskunde het individuele behandelplan op. In samenspraak met de patiënt worden de specifieke behandeldoelen bepaald. De fysiotherapeut neemt bij opname een aantal (klinimetrische) testen af en stelt een individueel oefenprogramma op. De specialist ouderengeneeskunde schakelt op indicatie overige disciplines in.

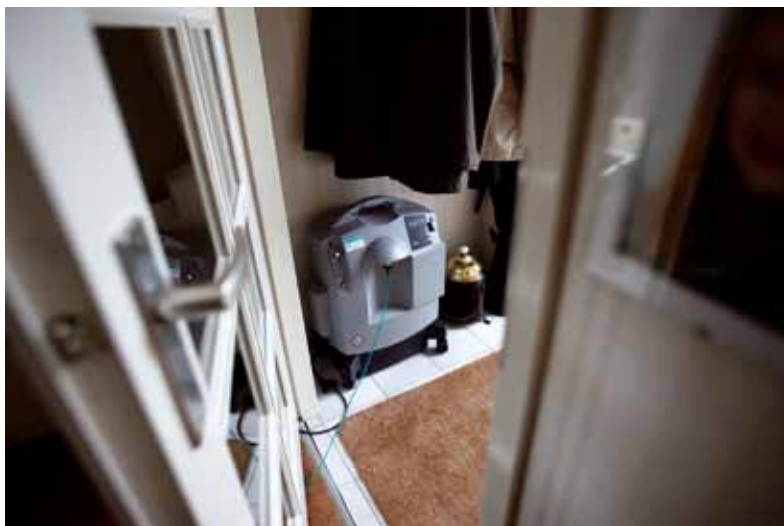
#### **Dagprogramma**

Het dagprogramma op de revalidatieafdeling kent drie of vier 'oefen-/behandelmomenten' waarvan één standaard met fysiotherapie.

Daarnaast trainen revalidanten zelfstandig, met duidelijke instructies, op een aantal vaste momenten. De verzorging/verpleging coacht en stimuleert dit. In het dagprogramma zijn ook eventuele andere behandelingen verwerkt, zoals oefeningen van de ergotherapeut of adviezen van de diëtist. Daarnaast is er, onder leiding van de psycholoog, wekelijks een COPD-gespreksgroep. Hierin kunnen revalidanten hun ervaringen delen en krijgen ze informatie over hun ziekte en de gevolgen daarvan. Ook

## **Voorwaarde is dat de patiënt na opname weer thuis wil functioneren**

Na revalidatie moet de patiënt de potentie hebben om weer grotendeels ADL-zelfstandig en mobiel te worden.



## SAMENVATTING

- Een COPD-revalidatietraject binnen het verpleeghuis lijkt zinvol te zijn.
- Een goede samenwerking op alle niveaus (artsen, verpleging, paramedici, managers) is van groot belang voor het doen slagen van een dergelijk keten-project.
- Wetenschappelijk onderzoek naar COPD-revalidatie binnen het verpleeghuis is wenselijk. Welke groep heeft baat bij een revalidatietraject, welke behandeling is zinvol, met welk effect en wat is het beloop op de (middel)lange termijn?

komen andere aspecten zoals angst voor dyspneu, acceptatie en adaptatie, en de rol van de mantelzorger aan bod.

Wekelijks evalueren de specialist ouderengeneeskunde, de verpleging/verzorging en de fysiotherapeut de voortgang van het revalidatietraject. De longarts neemt maandelijks deel aan dit overleg.

In de laatste fase van het revalidatietraject ligt de focus voornamelijk op het vervolgttraject thuis. De revalidant krijgt advies hoe het behaalde resultaat vast te houden of nog verder uit te breiden. Meestal komt er een verwijzing naar een eerstelijnsfysiotherapie, eventueel aangevuld met behandeling door een ergotherapeut thuis. Ook een (tijdelijke) verwijzing naar de dagbehandeling is mogelijk.

### Patiënttevredenheid

In de periode van mei tot december 2009 zijn zeventien patiënten (acht COPD-1, negen COPD-2) in het kader van dit project opgenomen op de revalidatieafdeling van het verpleeghuis. De gemiddelde opnameduur in het ziekenhuis bedroeg 8,3 dagen.

Van de revalidanten was 89 procent bij opname niet geheel ADL-zelfstandig (barthelscore <20). De ADL-zelfstandigheid verbeterde gedurende het traject. Ook het inspanningsvermogen en de ervaren gezondheidstoestand lieten een klinisch relevante verbetering zien. Ruim 80 procent van de revalidanten werd naar huis ontslagen, één revalidant ging naar het verzorgingshuis, één naar het verpleeghuis en één overleed gedurende de opname aan de gevolgen van COPD. De patiënttevredenheid (gemeten middels een exitinterview) scoorde met een gemiddelde van 8 (schaal 1-10) hoog. De resultaten van dit pilotonderzoek laten dus verbetering zien van het inspanningsvermogen, de ADL-zelfstandigheid en de ervaren gezondheidstoestand. Voorzichtigheid bij de interpretatie is uiteraard geboden, gezien het beperkte aantal patiënten en het ontbreken van een controlegroep. Vervolgonderzoek, ook naar

de (middel)langetermijneffecten, is wenselijk en inmiddels ook gestart.


### Negatief imago

Bij de ontwikkeling van het project zijn ook enkele aandachtspunten naar voren gekomen. Zo viel het aantal plaatsingen aanvankelijk tegen, onder andere doordat sommige patiënten bij wie revalidatie was geïndiceerd, niet opgenomen wilden worden. Dat had verschillende redenen. Allereerst kampt het verpleeghuis van oudsher met een negatief imago. Ondanks het feit dat revalidatie een belangrijk onderdeel is van de geboden behandeling en zorg, zien veel mensen het verpleeghuis nog steeds als een eindstation waar je vooral niet terecht moet komen. Daarnaast betalen patiënten, omdat het een AWBZ-gefinancierde voorziening is, een eigen bijdrage voor hun opname in het verpleeghuis.

Verder moet op de afdeling een expliciet revalidatieklimaat heersen. Het ontwikkelen van dit revalidatieklimaat heeft tijd nodig gehad en was aanvankelijk onvoldoende zichtbaar. Dat geldt ook voor het ontwikkelen en expliciteren van het revalidatieprogramma. Bij de start was er bijvoorbeeld nog geen gespreksgroep.

### Samenwerking

Een goede samenwerking, op alle niveaus, is van doorslaggevend belang. Zo wordt, bij opname in het ziekenhuis, het ketenproject als één samengestelde behandeling gepresenteerd. Op de longafdeling ontvangt de patiënt informatie over het vervolgttraject in het verpleeghuis. De COPD-verpleegkundige heeft hierin een belangrijke rol. Zij kent de meeste COPD-patiënten goed, volgt ze tijdens de ziekenhuisopname, het revalidatietraject in het verpleeghuis en poliklinisch in de thuissituatie. Het wekelijks overleg tussen de specialist ouderengeneeskunde en de longarts zorgt voor een goede onderlinge afstemming, zowel medisch-inhoudelijk als wat betreft instroom en doorstroming van patiënten. Inmiddels zien wij dat het aantal plaatsingen binnen het project toeneemt (twaalf patiënten in het eerste kwartaal 2010).

Ten slotte houden we voortdurend in de gaten in hoeverre de opgestelde doelstellingen ook daadwerkelijk worden behaald en op welke punten verdere ontwikkeling nodig is. Het koppelen van wetenschappelijk onderzoek aan het project levert bovendien zinvolle spiegelinformatie op. Ook de patiënttevredenheid wordt bij de evaluatie en ontwikkeling van het traject steeds nadrukkelijk meegewogen. 



Eerdere Medisch Contact-artikelen over COPD en een link naar de COPD-nascholing vindt u bij dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl)

### Literatuur

1. Nationaal Kompas Volksgezondheid 2009. RIVM. [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl).
2. Miravittles M, Ferrer M, Pont A et al. Effects of exacerbations on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a 2 year follow up study. Thorax 2004; 59: 387-95.
3. Groenewegen-Sipkema KH. Clinical implications of acute exacerbations in COPD. Dissertatie. Universiteit Maastricht, 2008.
4. ETC Tangram en PHEG/ LUMC verpleeghuisgeneeskunde. Revalidatie in de AWBZ, omvang, aard en intensiteit. 31 maart 2008.