

Ergotherapie thuis voor CVA-patiënten

IN NEDERLAND krijgen jaarlijks ongeveer 30.000 mensen een cerebrovasculair accident.¹

Het merendeel van hen wordt in het ziekenhuis opgenomen.^{2,3}

Daar wordt vrijwel meteen begonnen met de revalidatie.

Afhankelijk van de stoornissen krijgen CVA-patiënten fysiotherapie, ergotherapie, logopedie of een combinatie daarvan.

Wordt de ergotherapie na ontslag uit het ziekenhuis voortgezet, dan gebeurt dit vrijwel altijd in een tweedelijns instelling: dagbehandeling in het ziekenhuis, behandeling in een verpleeghuis of een revalidatiecentrum.

Soms wordt de patiënt poliklinisch nabehandeld. Die nabehandeling in de tweede lijn is niet altijd even ideaal.

De vraag laat zich stellen of voor een aantal CVA-patiënten thuisbehandeling niet effectiever kan zijn.

In dit artikel worden de resultaten gepresenteerd van een experiment waarbij CVA-

M.A.H. Fleuren en D. Wijkkel

In het Amsterdamse VU-ziekenhuis heeft men geëxperimenteerd met ergotherapie thuis aan CVA-patiënten. Of de ergotherapeut daadwerkelijk de eerste lijn verovert, hangt af van de ontwikkelingen rond 'Simons'.

patiënten ergotherapie thuis werd aangeboden.

Het betreft patiënten die vanwege een CVA tussen 1987 en 1989 in het VU-ziekenhuis opgenomen waren.

Twee jaar lang werd zo ervaring opgedaan met ergotherapie in de eerste lijn.⁴

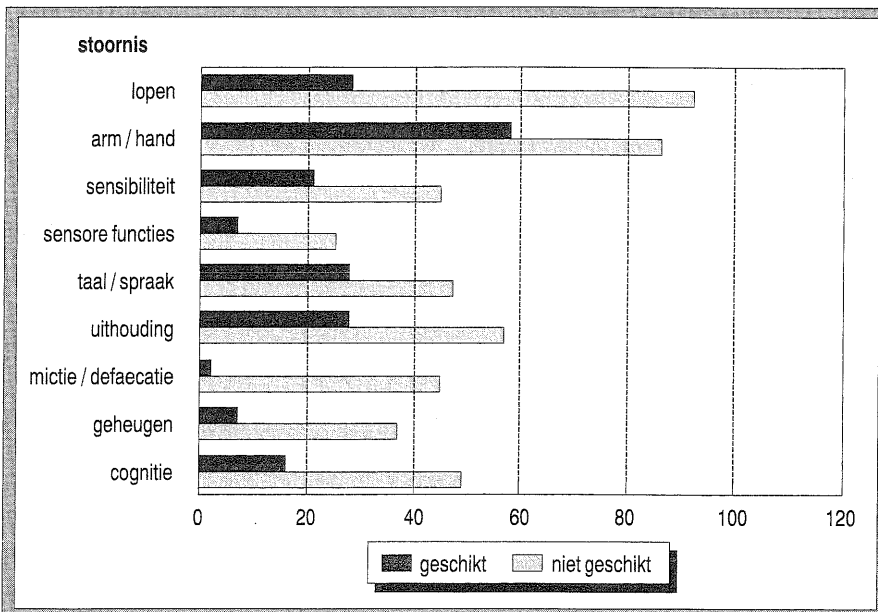
Na deze 'pilot-studie' is onderzoek gedaan naar de effecten van het experiment.

Opzet onderzoek

Om het effect van het ter beschikking stellen van ergotherapie in de thuissituatie te kunnen evalueren, werden de CVA-patiënten die gedurende de hele looptijd van het onderzoek (juli 1987-december 1989) in het VU ziekenhuis ergotherapie kregen en na ontslag uit het ziekenhuis ergotherapeutische nabehandeling nodig hadden, via loting in twee gelijke groepen verdeeld. Voor de experimentele groep werd al het mogelijke gedaan om de nabehandeling thuis te laten plaatsvinden. Was dat vanwege de toestand van de patiënt niet mogelijk (de meerderheid), dan werd deze bijvoorbeeld eerst in een revalidatiecentrum nabehandeld. Wel bleef het aanbod van thuisbehandeling gedurende negen maanden bestaan. De controlegroep werd zoals gebruikelijk nabehandeld in een revalidatiecentrum, een verpleeghuis of werd poliklinisch nabehandeld. Met opzet werd ook aan patiënten met relatief ernstige gevolgen van het CVA de mogelijkheid van ergotherapie thuis geboden. Beoogd werd het ontslagbeleid van het behandelend team (verpleegkundigen, revalidatiearts en ergotherapeuten) te beïnvloeden.

Een paar dagen voor ontslag uit het ziekenhuis vulde het behandelend team voor elke CVA-patiënt een vragenlijst in. Behalve achtergrondkenmerken en medische informatie, zoals de stoornissen en handicaps, noteerde men voor elke patiënt of deze wel of niet geschikt werd geacht voor thuisbehandeling, de zogenaamde nazorgindicatie. Vastgelegd werd welke factoren daarbij een rol speelden en welke doorslaggevend waren: *functionele factoren*, zoals ADL-zelfstandigheid (activiteiten van het dagelijks leven) of continentie, maar ook *sociale factoren* (motivatie van de patiënt, woonomstandigheden, mantelzorg). Hoewel er nooit wetenschappelijk onderzoek naar is gedaan, wijzen verschillende auteurs op het belang van sociale factoren bij de nazorgindicatie.^{5,6}

Figuur 1. Percentage patiënten dat een bepaalde stoornis had, uitgesplitst naar de patiënten die wel/niet geschikt waren voor thuisbehandeling.



Bij de patiënten die aan het effect-onderzoek - van augustus 1988 tot december 1989 - betrokken waren, werd daarnaast de Sickness Impact Profile (SIP) afgenomen, een instrument om de functionele toestand en het niveau van ADL-handelingen te meten;⁷ dat gebeurde vlak voor en negen maanden na ontslag uit het ziekenhuis. Verder hielden alle behandelende ergotherapeuten (in de tweede en in de eerste lijn) per patiënt bij hoeveel behandelingen deze ontving en hoeveel weken ze de betrokken patiënt hadden behandeld en ook hoeveel minuten ze aan die behandeling besteedden. Omdat iedere ergotherapeut doorgaf wanneer de patiënt uitbehandeld was of naar een andere instelling ging, kon per patiënt de ligduur in een instelling worden berekend in de negen maanden na ontslag. (Poliklinische behandeling en dagbehandeling zijn niet bij de berekening van het aantal ligdagen meegeenomen; het gaat dus om de 'klinische' ligdagen.)

Resultaten
Nazorgindicatie

In totaal namen 119 CVA-patiënten aan het onderzoek deel: 69 aan de 'pilot-studie' en 50 aan het effect-onderzoek. Hun gemiddelde leeftijd was 71 jaar (standaarddeviatie: 11 jaar). Aan het onderzoek deden iets meer mannen (56%) dan vrouwen (44%) mee. De gemiddelde ligduur in het VU ziekenhuis bedroeg 45 dagen (s.d. = 31). De meerderheid van de patiënten (64%) was volgens het behandelend team niet geschikt om thuis nabehandeling te ontvangen. Deze patiënten hadden verhoudingsgewijs veel meer stoornissen dan patiënten die wel geschikt werden geacht: gemiddeld 5 (s.d. = 2) tegen 2 (s.d. = 1) functiestoornissen. Het bleek dat de patiënten die niet geschikt werden geacht voor thuisbehandeling met name vaker een stoornis hadden in het lopen, de arm/handfunctie, de mictie/defaecatie, het geheugen en de cognitie; zie ook *figuur 1*. In *figuur 2* zijn enkele sociale factoren weergegeven die een rol hebben gespeeld bij de beslissing van het behandelend team een patiënt wel of niet voor thuisbehandeling in aanmerking te laten komen. Bij hen die niet geschikt waren voor thuisbehandeling speelde veel vaker een rol dat zij een intensieve nabehandeling nodig hadden, dat wil zeggen: één of meer keren per dag door meerdere disciplines, en dat zij niet ADL-zelfstandig waren. Bij de patiënten die wel geschikt werden geacht voor thuisbehandeling speelde veel vaker de wens van de patiënt thuis te worden behandeld een rol en het feit dat de patiënt thuis veel hulp had.

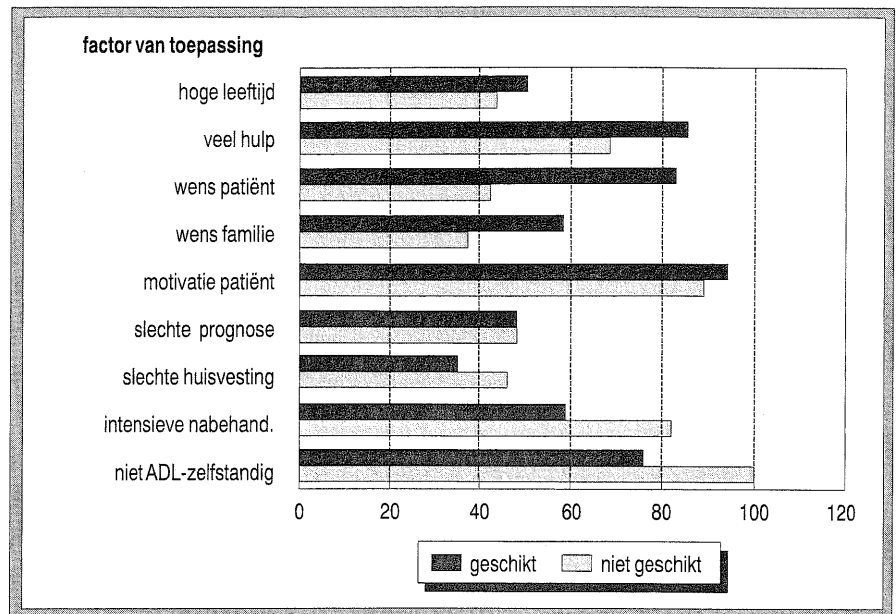
ling in aanmerking te laten komen. Bij hen die niet geschikt waren voor thuisbehandeling speelde veel vaker een rol dat zij een intensieve nabehandeling nodig hadden, dat wil zeggen: één of meer keren per dag door meerdere disciplines, en dat zij niet ADL-zelfstandig waren. Bij de patiënten die wel geschikt werden geacht voor thuisbehandeling speelde veel vaker de wens van de patiënt thuis te worden behandeld een rol en het feit dat de patiënt thuis veel hulp had.

Aanbod thuisbehandeling

In *tabel 1* is weergegeven waar de patiënten de ergotherapie voortzetten na ontslag uit het VU ziekenhuis. De patiënten in de experimentele groep die door het revalidatieteam geschikt werden geacht voor thuisbehandeling, kregen bijna allen daadwerkelijk thuis ergotherapie. Het voorleggen van de uitslag van de loting aan het team leidde ertoe dat nog drie patiënten die aanvankelijk niet geschikt werden geacht, toch thuis werden

nabehandeld; in één geval werd de ziekenhuisopname met enkele dagen verlengd. De betrokken drie patiënten hadden vrij veel functiestoornissen. Uiteindelijk gaf het feit dat ze zeer gemotiveerd waren voor thuisbehandeling en dat er genoeg mantelzorg kon worden gemobiliseerd, de doorslag om deze mensen toch thuis behandeling te geven. Via de eerstelijns ergotherapeut kon worden nagegaan dat de behandeling van deze patiënten wel was geslaagd, maar dat dit grotendeels te danken was aan de motivatie van de patiënt en aan de draagkracht van de omgeving. Omgekeerd waren er patiënten met weinig stoornissen die geschikt werden geacht voor thuisbehandeling, maar bij wie de behandeling toch niet slaagde. Dit kwam soms doordat de gezondheidstoestand van de patiënt verslechterde, soms echter ook doordat de omgeving niet gemotiveerd was of niet voldoende hulp kon bieden. Patiënten die de controlegroep lootten werden uiteraard niet thuis behandeld. De patiënten die geschikt geacht werden voor thuisbehandeling werden vrijwel allen poliklinisch behandeld. De experimentele groep en de controlegroep verschilden niet qua gemiddelde ligduur in het ziekenhuis (zie *tabel 2*), wel qua ligduur gedurende de negen maanden follow-up: mensen uit de controlegroep lagen in die periode gemiddeld bijna twee keer zo lang in een tweedelijns instelling. Wat het aantal behandelingen, de duur van de behandeling en de tijd die aan behandeling werd besteed betreft, verschilden de experimentele groep en controlegroep niet significant van elkaar. Nagegaan is

Figuur 2. Percentage patiënten bij wie een factor van toepassing was, uitgesplitst naar de patiënten die wel/niet geschikt waren voor thuisbehandeling.



Tabel 1. Aantal patiënten dat wel/niet geschikt was voor thuisbehandeling, uitgesplitst naar experimentele groep en controlegroep.

	experimenteel		controle	
	geschikt	niet geschikt	geschikt	niet geschikt
thuisbehandeling	8	3	-	-
poliklinisch	2	0	7	0
dagbehandeling	1	0	1	2
verpleeghuis/revalidatiecentrum	0	9	0	17
N =	11	12	8	19

voorts of de groepen verschilden wat de 'voortgang' in functionele toestand betreft, gemeten met de SIP. De voortgang op de dimensies fysiek en psychisch disfunctioneren was respectievelijk 10 (s.d. = 2) en 3 (s.d. = 2) voor de experimentele groep, vergeleken met 11 (s.d. = 1) en 4 (s.d. = 1) voor de controlegroep (hoe hoger de score, hoe meer 'voortgang'); deze verschillen waren niet significant.

Discussie

Ergotherapie wordt in Nederland tot heden alleen op experimentele basis thuis gegeven. Er is weinig bekend over de factoren die een rol spelen bij het al dan niet slagen van de thuisbehandeling. Het zal duidelijk zijn dat patiënten die complexe functiestoornissen ondervinden omdat zij een CVA hebben doorgemaakt, niet thuis kunnen worden nabehandeld. Patiënten die in de huidige situatie poliklinisch ergotherapie krijgen zullen naar alle waarschijnlijkheid wel thuis nabehandeld kunnen worden. Waarschijnlijk geldt dit ook voor sommige patiënten die nu in de dagbehandeling worden geholpen. Interessant is het grijze middengebied van patiënten die te 'goed' zijn om klinisch nabehandeld te worden, maar te 'slecht' om zonder meer naar huis te worden ontslagen.

Er is weinig bekend over de factoren die een rol spelen bij het al dan niet slagen van de thuisbehandeling

Uit het onderzoek blijkt dat wanneer een CVA-patiënt verscheidene functiestoornissen heeft en op het moment van ontslag uit het ziekenhuis niet ADL-zelfstandig is, het behandelend team deze patiënt niet voor thuisbehandeling geschikt acht. Had de patiënt geen ernstige functiestoornissen, was de wens om thuis te worden nabehandeld groot en kon bovendien de omgeving veel hulp bieden, dan vond men thuisbehandeling wel in aanmerking komen. Het bleek mogelijk het verwijlsbeleid te beïnvloeden. Door tijdens het effect-onderzoek het behandelend team de uitslag van de loting voor te leggen, konden drie patiënten van wie eerst was gezegd dat ze niet geschikt waren voor thuisbehandeling, de ergotherapie alsnog thuis voortzetten; vooral de motivatie van de patiënt en de beschikbare mantelzorg deden het team overstag gaan.

Het vermoeden dat niet alleen functionele factoren maar zeker ook de meer sociale factoren bij de nazorgindicatie in ogenschouw moeten worden genomen, wordt bevestigd door de rapportage van de eerstelijns ergotherapeut. Hieruit bleek dat

Tabel 2. Verschillen tussen experimentele groep (N=18) en controlegroep (N=23)* wat de gemiddelde ligduur in een instelling, het aantal behandelingen, de behandelduur en de behandelingsduur betreft.

	experimenteel	controle
ligduur in VU-ziekenhuis	28	34
ligduur in de 9 maanden na ontslag	62	114 *
totale ligduur	90	148 *
aantal behandelingen	51	47
duur van de behandeling (in weken)	20	22
behandelingsduur (in minuten)	1924	1816

* Tijdens de follow-up periode overleden 9 patiënten. Deze patiënten zijn bij de berekeningen niet meegenomen.

wanneer een patiënt weinig functiestoornissen heeft en redelijk ADL-zelfstandig is, de thuisbehandeling niet altijd hoeft te slagen; vooral als de patiënt niet gemotiveerd is en de omgeving weinig steun of hulp kan bieden, is er een kans dat de thuisbehandeling niet slaagt.

Het aanbod van de thuisbehandeling bleek geen effect te hebben op het aantal behandelingen of de behandelduur. Wel bleek er een verschil te zijn in het aantal 'klinische' ligdagen. Patiënten die het aanbod van thuisbehandeling niet kregen lagen gemiddeld bijna twee keer zoveel dagen in een tweedelijns instelling als zij die dat aanbod wel kregen. Mogelijk dat bij thuisbehande-

ook daadwerkelijk de eerste lijn veroverd, hangt sterk af van de ontwikkelingen rond 'Simons'.

Een van de nieuwe mogelijkheden die het plan-Simons biedt is het aanstellen van een ergotherapeut in de eerste lijn bij een ziekenhuis. De ervaring met het experiment in het VU ziekenhuis heeft geleerd dat deze ergotherapeuten vanuit het ziekenhuisteam goed zijn toegerust voor het verzorgen van langer durende 'specialistische' behandeling bij de patiënt thuis. Advisering over woningaanpassing, rolstoelgebruik en dergelijke bij deze 'nazorgpatiënten' vormt dan een integraal onderdeel van die behandeling. •

Lezers die meer in detail kennis willen nemen van de resultaten van het hier beschreven experiment kunnen de rapportage opvragen bij het Onderzoekscentrum 1e-2e lijn, Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam.

MW DRS M.A.H. FLEUREN,
onderzoeker

DR D. WIJTEL,
stafmedewerker

beiden werkzaam bij het AZVU-
Onderzoekscentrum 1e-2e lijn

Literatuur

1. Herman B, Waard F de. Epidemiologie en preventie. In: Het Cerebrovasculair Accident. Alphen aan den Rijn: Stafleu, 1984: 11-3 (Nederlandse Bibliotheek der Geneeskunde).
2. Meer K van der, Smith RJA. CVA-patiënten in de huisartspraktijk. Een onderzoek onder 1 procent van de Nederlandse bevolking. Huisarts & Wetenschap 1990; 33: 141-4.
3. Vries J de. Cerebrovasculair accident: de rol van revalidatiecentrum en verpleeghuis. Een retrospectieve studie. Medisch Contact 1988; 43: 1460-3.
4. Does de Willebois LJM van der, Fleuren MAH, Heijman A, Wijtel D. Ergotherapie als nazorg thuis. Een pilotstudie. Medisch Contact 1990; 45: 293-6.
5. Granger CV, Sherwood CC, Greer DS. Functional status measures in a comprehensive stroke care program. Arch Phys Med Rehab 1977; 58: 555-61.
6. Silliman RA, Wagner EH, Fletcher RH. The social and functional consequences of stroke for elderly patients. Stroke 1987; 18: 200-3.
7. Luttik A, Jacobs HM, Witte LP de. De Sickness Impact Profile: een meetinstrument waarmee de invloed van ziekte en/of gezondheidsklachten op het dagelijks functioneren kan worden vastgesteld. Nederlandse versie. UH-Infom 6. Utrecht/Maastricht: Vakgroep Huisartsneeskunde/Instituut voor Revalidatievraagstukken, 1987.

ling de ergotherapeut beter op de onmogelijkheden en beperkingen van de patiënt kan inspelen, waardoor heropnames kunnen worden voorkomen. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat patiënten, in dit geval de patiënten uit de controlegroep, vaak langer dan noodzakelijk in een verpleeghuis of revalidatiecentrum opgenomen blijven.

Uit het onderzoek kan in de eerste plaats worden geconcludeerd, dat bij de ontslagcriteria voor thuisbehandeling, de motivatie van de patiënt en de aanwezige mantelzorg minstens zo zwaar moeten wegen als de functionele toestand van de patiënt. In de tweede plaats blijkt het aanbod van thuisbehandeling een besparing van het aantal ligdagen te kunnen opleveren, afhankelijk van het al dan niet slagen van de thuisbehandeling, dus ook van de aanwezige mantelzorg.

Ergotherapie in de eerste lijn: hoe verder?

Het organiseren van ergotherapie in de eerste lijn kan kennelijk positieve substitutie-effecten hebben. Of de ergotherapeut