

Een experiment met ergotherapeutische nazorg in de thuissituatie

M.A.H. Fleuren, D. Wijkel *

In dit artikel wordt verslag gedaan van een experiment met ergotherapie in de thuissituatie. De patiënten werden via loting ingedeeld in de experimentele (n=38) danwel de controlegroep (n=38). De experimentele groep kreeg het aanbod van thuisbehandeling en de controlegroep kreeg de gebruikelijke nabehandeling, dat wil zeggen klinische, poliklinische of dagbehandeling. Door het aanbod van thuisbehandeling bleek het mogelijk het verwijsbeleid op de afdelingen in het ziekenhuis te beïnvloeden.

Aanzienlijk meer patiënten dan op grond van het vooronderzoek verwacht werd, konden thuis nabehandeld worden. Het betreft met name CVA-patiënten. De patiënten uit de controlegroep bleken in de periode na de directe ziekenhuisopname, vergeleken met de experimentele groep, bijna twee keer zo lang opgenomen te zijn geweest in een instelling. Er zijn geen aanwijzingen dat de kwaliteit van zorg verschilde tussen de experimentele en de controlegroep.

Trefwoorden: ergotherapie, eerste- en tweedelij, nazorg, kwaliteit van zorg, tevredenheid

Het doel van de ergotherapie is mensen in staat te stellen zo zelfstandig mogelijk te functioneren in hun woon-, leef- en werkomstandigheden.¹ De ergotherapie is erop gericht de zelfredzaamheid, produktiviteit en ontspanning mogelijk te maken. De ergotherapie vindt tot heden toe vrijwel uitsluitend intramuraal plaats. Afdelingen ergotherapie zijn onder andere te vinden in de volwassenenrevalidatie, de kinderrevalidatie en in de zwakzinnigenzorg. Thuisbehandeling vindt slechts incidenteel plaats. De huidige verandering in het ziektekostenverzekeringsstelsel, van een voorzieningengerichte naar een functiegerichte omschrijving van zorg, zet echter de deur op een kier voor thuisbehandeling. Bij een functiegerichte omschrijving zijn nog slechts de aard, inhoud en vorm van de zorg vastgelegd. Wie de zorg verleent en waar, wordt aan de zorgverzekeraars ter bepaling overgelaten. Dit betekent dat ergotherapie thuis in principe mogelijk wordt. Voor sommige patiënten is ergotherapie in de thuissituatie meer toegesneden op de problematiek van de patiënt dan behandeling in een tweedelijnsinstelling.² De ervaring met incidentele thuisbehandeling heeft geleerd dat vaardigheden die hulpvragers middels oefening op een afdeling verworven hebben, in de thuissituatie niet altijd zonder meer toepasbaar zijn en een oriëntatie in de woonomgeving onontbeerlijk is bij het geven van adviezen over hulpmiddelen en aanpassingen in de woning.³ Datgene wat de hulpvrager intramuraal aan functieherstel en zelfstandigheid heeft verworven, moet hij in zijn eigen omgeving kunnen toepassen. Een patiënt die op een afdeling ergotherapie bijvoorbeeld geleerd heeft weer zelfstandig te koken, kan bij thuiskomst merken dat het aanrechtblok thuis anders is ingedeeld en zo met nieuwe problemen te maken krijgen. Een ander voordeel van thuisbehandeling is dat de mensen in de directe omgeving van de patiënt bij de behandeling thuis betrokken worden,

waardoor zij inzicht krijgen in de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt. Zelfzorg en mantelzorg kunnen zo beter op elkaar worden afgestemd.

De afgelopen jaren is er in Nederland een aantal experimenten van start gegaan waarbij de ergotherapeut bij de patiënt thuis kwam.⁴ In 1985 werd door de afdeling ergotherapie van het VU ziekenhuis en het Onderzoekscentrum 1e-2e lijn een werkgroep ingesteld om ergotherapeutische nazorg in de thuissituatie vorm te geven. De eerstelijns-ergotherapeut was aan het VU ziekenhuis verbonden, dit in tegenstelling tot andere experimenten waarbij de ergotherapeut in de eerste lijn gestationeerd was. Het vermoeden was dat door de voortzetting van ergotherapie vanuit de tweede lijn bij de patiënt thuis, het mogelijk zou zijn om patiënten die om revalidatieredenen opgenomen moeten blijven, sneller te kunnen ontslaan. Het vermoeden was voorts dat de problemen en (on)mogelijkheden bij de patiënt thuis sneller kunnen worden onderkend, waardoor therapeutische middelen effectiever kunnen worden ingezet en recidiefopnamen minder of later plaatsvinden. Het gevolg van de voortzetting van de ergotherapie in de thuissituatie zou dan een besparing van het aantal opnamedagen in intramurale instellingen kunnen zijn. Aan verschuiving van tweede- naar eerstelijnszorg wordt in het algemeen de voorwaarde gesteld dat de kwaliteit van de behandeling gewaarborgd moet zijn. Vooraf werd als evaluatiecriterium gesteld dat de kwaliteit van de thuisbehandeling in ieder geval gelijk moest blijven, wilde het experiment als geslaagd kunnen worden beschouwd. Het experiment is vanuit de optiek van de zorgverzekeraars geslaagd wanneer de kosten van de thuisbehandeling lager zijn. Dit zou het geval kunnen zijn wanneer bovengenoemde verschuivingen optreden tussen tweede en eerste lijn, bijvoorbeeld wanneer er een besparing in verpleegdagen optreedt, of wanneer er minder tijd aan behandeling wordt besteed. Ten behoeve van het experiment werd een eerstelijns-ergotherapeut aangesteld. Eerst werd een pilot-onderzoek verricht waarin er-

* M.A.H. Fleuren, D. Wijkel, Onderzoekscentrum 1e-2e lijn, VU ziekenhuis, Amsterdam

varing werd opgedaan met de ergotherapie in de thuissituatie en de diverse meetinstrumenten werden uitgetest.⁵⁻⁸ Vervolgens vond het hoofdonderzoek plaats, waarin de effecten van het aanbod van thuisbehandeling werden onderzocht. In dit artikel worden de resultaten van het hoofdonderzoek gepresenteerd.

VRAAGSTELLING

- Welke effecten heeft het aanbod van ergotherapie in de thuissituatie op het verwijsbeleid van hulpverleners?
- Vinden er door het aanbod van ergotherapie in de thuissituatie veranderingen plaats in de behandelduur en de ligduur in een tweedelijnsinstelling?
- Blijft bij het aanbod van ergotherapie in de thuissituatie de kwaliteit van zorg gelijk, vergeleken met de gebruikelijke nabehandeling?

METHODE

Het onderzoek vond plaats van augustus 1988 tot september 1990 bij het VU ziekenhuis in Amsterdam. Patiënten die in aanmerking kwamen voor het experiment waren afkomstig van de afdelingen neurologie en heelkunde/ vaatchirurgie. Voorwaarde was dat de patiënten tijdens opname in het ziekenhuis door de klinische afdeling ergotherapie werden behandeld en na ontslag uit het VU ziekenhuis nog ergotherapeutische zorg nodig hadden. Alleen inwoners van de regio Amsterdam konden aan het onderzoek deelnemen, teneinde de reisafstand van de eerstelijns ergotherapeut beperkt te houden. Om de effecten van de eerstelijns ergotherapie te kunnen toetsen, werd gekozen voor een experimentele onderzoeksopzet. De patiënten werden in het ziekenhuis zowel mondeling als schriftelijk op de hoogte gesteld van het onderzoek, met aansluitend het verzoek toestemming te geven. Na toestemming zijn de patiënten door middel van loting aan de experimentele dan wel de controlegroep toegekend. Dit gebeurde vlak voor ontslag uit het VU ziekenhuis door het trekken van een enveloppe met een cijfer. De patiënten die de controlegroep hadden geloot, kregen de gebruikelijke ergotherapeutische nazorg, dat wil zeggen klinische, poliklinische of in dagbehandeling. Aan de patiënten die de experimentele groep hadden geloot, werd gedurende negen maanden ergotherapeutische nazorg in de thuissituatie *aangeboden* (zie hierna). Verder hield het geven van toestemming in dat de patiënt op drie momenten geïnterviewd zou worden: vlak voor ontslag uit het VU ziekenhuis (beginsituatie), na afloop van de nabehandeling en negen maanden na ontslag uit het VU ziekenhuis (follow-up). Daarnaast werden aan diverse hulpverleners gegevens over de patiënt gevraagd. In totaal namen 76 patiënten aan het onderzoek deel; 38 in de experimentele en 38 in de controlegroep.

Bij de indeling in experimentele en controlegroep werd opzettelijk géén rekening gehouden met de aard van de ziekte of handicap. Dit hield in dat de experimentele en de controlegroep patiënten bevatten met een gezondheidstoestand die varieerde van slecht tot redelijk goed. Met andere woorden, een deel van de patiënten dat de experimentele groep had geloot, was op het moment van ontslag uit het ziekenhuis niet geschikt om thuis de behandeling voort te zetten. Deze patiënten zetten dan hun

behandeling voort in bijvoorbeeld een verpleeghuis of revalidatiecentrum. Wel bleef voor hen het aanbod van thuisbehandeling gedurende negen maanden bestaan. Voor enkele patiënten uit de experimentele groep betekende dit dat ze na een korte periode van revalidatie in de tweede lijn alsnog ergotherapie in de thuissituatie kregen. Indien een patiënt de controlegroep had geloot, betekende dit altijd dat de patiënt de gebruikelijke nabehandeling kreeg. Het aanbod van thuisbehandeling werd ook aan patiënten met soms ernstige handicaps gedaan, teneinde het verwijsbeleid van het behandelend team in het VU ziekenhuis te beïnvloeden. In de praktijk gebeurde dit als volgt: eerst schatte het behandelend team in waar de patiënt na ontslag uit het VU ziekenhuis het beste de ergotherapie kon voortzetten, de zogenaamde verwijsbeslissing. Daarna vond de loting plaats. Aan het behandelend team werd vervolgens de uitslag van de loting voorgelegd. Geconfronteerd met de uitslag van de loting vond daarna bij enkele patiënten een heroverweging van de verwijsbeslissing plaats (zie resultaten). Door ook patiënten die naar een verpleeghuis of revalidatiecentrum ontslagen werden, negen maanden lang de mogelijkheid van thuisbehandeling aan te bieden, hoopten we ook behandelende teams in deze instellingen tot een vervroegd ontslag te bewegen.

Achteraf is getoetst of de experimentele en de controlegroep, na de loting, van elkaar verschilden wat betreft de beginsituatie. Dit bleek niet het geval te zijn voor de belangrijkste achtergrondkenmerken en medische gegevens. Op één variabele verschilden de experimentele en controlegroep echter wel van elkaar, namelijk wat betreft de verwijsbeslissing. Van de patiënten die volgens het behandelend team geschikt waren voor thuisbehandeling, hadden er veel meer de experimentele groep geloot dan van de patiënten die volgens het team niet geschikt waren voor thuisbehandeling. Bij de analyses is rekening gehouden met deze vertekening door bij de vergelijking van experimentele en controlegroep telkens te controleren voor deze variabele (zie noot).

MEETINSTRUMENTEN

Voor het onderzoek werden de volgende, voor het merendeel in eigen beheer ontwikkelde, meetinstrumenten gebruikt. Tijdens opname in het VU ziekenhuis werd door de ergotherapeut in de kliniek een lijst met *achtergrondgegevens en medische gegevens* van de patiënt ingevuld, zoals geslacht, leeftijd en diagnose, de woonsituatie en de hulpmogelijkheden thuis. Daarnaast werd door de ergotherapeut voor negen functiestoornissen per patiënt een score bepaald. De stoornissen hadden betrekking op: het lopen, arm/hand functie, de sensibiliteit, sensore functies, de taal/spraak, het uithoudingsvermogen, de mictie/defaecatie, het geheugen en de cognitie.

Om na te kunnen gaan in welke mate het aanbod van thuisbehandeling van invloed was op de *verwijsbeslissing* van het behandelend team, werd door het behandelend team vastgelegd welke factoren meespeelden en uiteindelijk de doorslag gaven om een patiënt thuis dan wel in de tweede lijn na te behandelen. Deze factoren waren medisch van aard, zoals het aantal functiestoornissen van de patiënt of de intensiteit van de nabehandeling. Daarnaast

werden ook meer sociale factoren vastgelegd zoals de motivatie van de patiënt, de huisvesting of de hulpmogelijkheden na ontslag. Deze registratie vond plaats vóór de loting.

Om de kwaliteit van zorg te kunnen onderzoeken zijn twee uitkomstmaten gehanteerd: de *gezondheidstoestand* van de patiënt en de *tevredenheid over de therapie*.⁹ Beide maten staan niet gelijk aan de kwaliteit van zorg, maar ze vormen een indicatie voor de uitkomst van de zorg. Wat betreft de gezondheidstoestand is de 'voortgang' in functionele toestand tussen beide groepen vergeleken. Vlak voor ontslag uit het VU ziekenhuis en bij de follow-up na negen maanden werd bij de patiënten de *Sickness Impact Profile* (SIP) afgenomen.¹⁰ Dit is een meetinstrument waarmee de gezondheid-gerelateerde *functionele toestand* en het *niveau van ADL-handelingen* van de patiënt kan worden gemeten. De SIP bestaat uit 12 categorieën die ieder een specifiek gebied van de dagelijkse activiteiten meten. Daarnaast is het mogelijk een totaalscore te berekenen en een deelscore voor het fysiek disfunctioneren en het psychisch disfunctioneren. De hoogte van de score geeft de mate van disfunctioneren aan. Door de verschillen op de diverse categorieën te berekenen tussen de beginsituatie en de follow-up, kan een verandering in ervaren functionele toestand worden weergegeven. Hoe hoger de verschilscore, hoe meer men 'vooruit' is gegaan in functionele toestand.

Na afloop van de ergotherapie na ontslag uit het VU ziekenhuis, werd bij de patiënt een gestructureerde vragenlijst afgenomen over het verloop van de therapie en de tevredenheid. De patiënt werd onder andere gevraagd een aantal aspecten van de ergotherapie te beoordelen. Deze aspecten waren: de voorzieningen waarover de ergotherapeut beschikte, de bekwaamheid/deskundigheid van de ergotherapeut, de manier waarop men als persoon behandeld werd, de ergotherapie en de tijdstippen waarop de behandeling geregeld was. De patiënt kon op een vijfpuntsschaal zijn waardering scoren. De scores liepen van uitstekend (1) naar slecht (5).

Zowel aan de eerstelijns ergotherapeut, alsook aan de ergotherapeuten in de tweede lijn werd een vragenlijst voorgelegd over het *therapieverloop* bij de patiënt. Door alle ergotherapeuten werd tevens per patiënt een *werkzaamhedenregistratie* bijgehouden. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de categorieën uit het onderzoek van Berendsen e.a.¹¹ Alle behandelend ergotherapeuten registreerden hoeveel tijd zij per patiënt aan behandeling besteedden. Tevens werd geregistreerd hoeveel behandelingen de patiënt kreeg en hoe lang de patiënt werd behandeld (in weken). Alle werkzaamheden werden in minuten geregistreerd. Om de verschuiving van zorg te kunnen onderzoeken is het verschil in de duur en intensiteit van de behandeling uitgerekend. De ergotherapeuten registreerden welke vorm van behandeling de patiënt kreeg (klinische, poliklinische, dagbehandeling of thuis), wanneer de patiënt met ontslag ging en waarheen. Zo doende kon worden gevolgd waar de patiënt verbleef en kon worden berekend hoe lang de patiënten gemiddeld intramuraal behandeld werden tijdens de hele onderzoeksperiode. Hiermee wordt bedoeld: de tijd dat de patiënt in het VU ziekenhuis opgenomen was en de opna-

	Experimenteel		Controle	
	Wel geschikt	Niet geschikt	Wel geschikt	Niet geschikt
Thuis	18	4	–	–
Polikliniek	3	–	10	–
Dagbehandeling	2	–	3	2
Verpleeghuis/ Revalidatiecentrum	1	12*	1	22
Totaal	24	16	14	24

* Twee van deze patiënten werden na een verkorte opname op een revalidatieafdeling alsnog thuis behandeld

Tabel 1 De plaats waar de patiënt nabehandeld werd, uitgesplitst naar experimentele en controlegroep enerzijds en wel/niet geschikt voor thuisbehandeling anderzijds

meduur in instellingen na ontslag. Deze opnamen in instellingen kunnen aansluitend aan het ontslag uit het VU ziekenhuis zijn geweest, of na een periode thuis. Alleen wanneer de patiënt voor dezelfde ziekteperiode (her)opgenomen werd, is het aantal ligdagen bij de berekening meegenomen. Dagbehandeling en poliklinische behandeling werden niet als ligdag geteld. Zowel voor de berekening van de behandelingsduur als voor het aantal ligdagen zijn de patiënten die tijdens de follow-up fase zijn overleden (N=7), niet meegeteld. In één revalidatiecentrum wilden de ergotherapeuten geen werkzaamhedenregistratie bijhouden omdat men dit al volgens eigen systeem deed. Dit betekent dat voor vijf patiënten de behandelingsduur en ligduur niet kon worden berekend. Verder waren zeven patiënten te ziek om geïnterviewd te worden waardoor het niet mogelijk was alle patiënten naar hun tevredenheid over de therapie te vragen. De uitval was gelijk verdeeld over de experimentele en de controlegroep.

RESULTATEN

Effecten op verwijsbeleid

Voordat de loting plaatsvond, legde het behandelend team vast waar de patiënt het beste nabehandeld kon worden: thuis of in de tweede lijn. Uit de registratie werd duidelijk dat hierbij vooral werd gelet op de noodzaak van een intensieve nabehandeling (dat wil zeggen dat de patiënt een keer per dag of vaker door meerdere disciplines nabehandeld moest worden) en de beperkingen die een belemmering vormen voor het zelfstandig functioneren van de patiënt thuis. Met name een stoornis in het lopen, de arm/hand functie, de mictie/defaecatie en cognitieve stoornissen bleken bepalend te zijn om een patiënt niet voor thuisbehandeling in aanmerking te laten komen. Daarnaast bleek het aantal functiestoornissen (meer dan twee) ook een bepalende factor te zijn om een patiënt niet naar huis te ontslaan. Vervolgens vond de loting plaats. In tabel 1 is de verwijsbeslissing van het team weergegeven vóórdat de loting plaats vond en de plaats waar de patiënten uiteindelijk nabehandeld werden.

Uit tabel 1 blijkt dat bijna alle patiënten die de experimentele groep hadden geloot en geschikt werden geacht voor thuisbehandeling, ook daadwerkelijk thuis ergotherapie kregen. Eén patiënt bleef eerst nog twee weken opgenomen in een revalidatiebed in het VU ziekenhuis, om vervolgens thuis nabehandeld te worden. De patiënten die wel geschikt werden geacht voor thuisbehandeling

	Experimenteel (%) (N=23)	Controle (%) (N=27)
Thuis	48	–
Polikliniek	9	26
Dagbehandeling	4	7
Klinisch	39	67*

* $\chi^2=16,89$, $df=3$, $p<0,01$

Tabel 2 Plaats van nabehandeling CVA-patiënten, uitgesplitst naar experimentele en controlegroep

maar de controlegroep hadden geloot, kregen bijna allemaal poliklinische nabehandeling. Met name de groep patiënten die niet geschikt was voor thuisbehandeling en de experimentele groep had geloot, is interessant. Bij vier patiënten was het team vóór de loting van mening dat ze niet geschikt waren voor thuisbehandeling en werd de verwijfsbeslissing na de loting gewijzigd. Deze patiënten hadden redelijk veel stoomissen (gemiddeld vijf) en hadden een intensieve nabehandeling nodig. De doorslaggevende factor voor thuisbehandeling was dat al deze patiënten zelf erg graag thuis nabehandeld wilden worden en de omgeving van de patiënt hiervoor ook erg gemotiveerd was. Daarnaast waren er twee patiënten uit deze groep die eerst een korte periode naar de revalidatie afdeling van het ziekenhuis gingen om vervolgens vroegd naar huis ontslagen te worden. Ook bij deze patiënten gaf hun motivatie de doorslag. In totaal werd dus bij zes patiënten de verwijfsbeslissing herzien vanwege het beschikbaar komen van thuisbehandeling.

De CVA-patiënten in het onderzoek (n=50) werden apart geanalyseerd. Het bleek dat uit de experimentele groep vrij veel CVA-patiënten thuis nabehandeld werden, ondanks de complexe functionele problemen die de patiënten hadden ten gevolge van het CVA. In tabel 2 is de plaats weergegeven waar de CVA-patiënten uit de experimentele en controlegroep hun nabehandeling ontvingen.

Uit tabel 2 blijkt dat in de controlegroep veel meer patiënten klinisch nabehandeld werden. De CVA-patiënten uit de experimentele en controlegroep zijn met elkaar vergeleken wat betreft de achtergrondkenmerken en medische gegevens om na te gaan of het verschil in nabehandeling hieraan toegeschreven kon worden. Dit bleek niet het geval te zijn, ook niet wat betreft het al dan niet geschikt zijn voor thuisbehandeling. Verder bleek uit de gegevens van de afdeling ergotherapie dat in het voorgaande jaar (dus zonder de mogelijkheid van thuisbehandeling) 65% van de CVA-patiënten na ontslag klinisch nabehandeld werd. Dit komt overeen met het percentage dat in de controlegroep werd gevonden.

Tijdsbesteding door de ergotherapeut

In de eerste plaats is uitgerekend hoeveel tijd de ergotherapeuten aan behandeling hebben besteed bij de experimentele groep, versus de controlegroep. In tabel 3 is een overzicht gegeven voor beide groepen van de gemiddelde behandelingsduur, de gemiddelde duur van de behandeling en het gemiddeld aantal behandelingen.

Uit tabel 3 blijkt dat er nauwelijks verschillen zijn voor wat betreft de gemiddelde tijd die door de ergotherapeuten aan behandeling is besteed. De gemiddelde behandelingsduur, het gemiddeld aantal weken dat de patiënt behandeld werd en het gemiddeld aantal contacten ligt iets hoger bij de controlegroep (tabel 3). Deze verschillen waren bij

	Experimenteel (N=34)			Controle (N=33)		
	Gem.	5 ^e perc.	95 ^e perc.	Gem.	5 ^e perc.	95 ^e perc.
Behandeltijd	23	1	99	26	1	78
Duur behandeling	18	1	39	21	3	39
Aantal contacten	34	2	159	40	2	110

Tabel 3 Gemiddelde behandelingsduur (uren), gemiddelde duur van de behandeling (weken), gemiddeld aantal contacten en de 5^e en 95^e percentielscore, uitgesplitst naar experimentele en controlegroep

toetsing echter niet statistisch significant (variantie-analyse waarbij is gecontroleerd voor de verwijfsbeslissing).

Verandering in het aantal ligdagen

Er is uitgerekend of er een verschil bestaat in het aantal dagen dat beide groepen in een instelling opgenomen zijn geweest. In tabel 4 staat het gemiddeld aantal dagen dat de patiënt opgenomen is geweest in het VU ziekenhuis en het gemiddeld aantal dagen dat de patiënt in de negen maanden na ontslag uit het ziekenhuis opgenomen is geweest in een instelling.

Uit tabel 4 blijkt dat de experimentele groep ongeveer even lang in het VU ziekenhuis opgenomen is geweest als de controlegroep. De controlegroep is echter in de periode na ontslag uit het VU ziekenhuis gemiddeld veel langer intramuraal opgenomen geweest. Bij toetsing bleek dit verschil statistisch significant te zijn (variantie-analyse waarbij is gecontroleerd voor de verwijfsbeslissing). Als de totale intramurale ligduur in ogenschouw wordt genomen, dan ligt deze voor de controlegroep ook veel hoger.

Gezondheidstoestand van de patiënt

De scores voor de experimentele en controlegroep wat betreft de 'voortgang' in fysieke functionele toestand waren respectievelijk 7 en 11. De score voor de psychische 'voortgang' was voor beide groepen 3. De controlegroep lijkt vooral meer 'voortuit' te zijn gegaan wat betreft de fysieke functionele toestand. Deze verschillen waren echter niet statistisch significant en kunnen dus op toeval berusten (variantie-analyse waarbij is gecontroleerd voor de verwijfsbeslissing).

Tabel 4 Gemiddeld aantal dagen in het VU ziekenhuis, gemiddeld aantal dagen intramuraal in de 9 maanden na ontslag uit het VU ziekenhuis, het totaal gemiddeld aantal dagen intramuraal en de 5^e en 95^e percentielscore, uitgesplitst naar experimentele en controlegroep

	Experimenteel (N=32)			Controle (N=32)		
	Gem.	5 ^e perc.	95 ^e perc.	Gem.	5 ^e perc.	95 ^e perc.
Behandeltijd	34	7	88	38	11	116
Duur behandeling	61	0	273	111	0	273*
Aantal contacten	95	7	331	148	14	367**

* Er is zowel een effect van 'groep' (F=6,45, $df=1$, $p<0,05$) als van 'verwijfsbeslissing' (F=48,83, $df=1$, $p<0,01$); er is geen interactie

** Er is zowel een effect van 'groep' (F=6,09, $df=1$, $p<0,05$) als van 'verwijfsbeslissing' (F=52,03, $df=1$, $p<0,01$); er is geen interactie

	Experimenteel (N=28)	Controle (N=24)
Voorzieningen	2,2	2,2
Deskundigheid	2,3	2,5
Benadering	2,3	2,2
Behandeling	2,5	2,6
Tijdstip behandeling	2,3	2,6

Tabel 5 Tevredenheid over de voorzieningen, deskundigheid, manier van benadering, behandeling en behandelstijdstippen, uitgesplitst naar de experimentele en controlegroep, lopend van uitstekend (1) tot slecht (5)

Tevredenheid van de patiënt

In tabel 5 staan de scores op de tevredenheidsvragen over vijf aspecten van de nabehandeling.

Over het algemeen heeft men een goede waardering voor de voorzieningen waarover de ergotherapeut beschikte, de deskundigheid van de ergotherapeut, de manier waarop men als persoon behandeld werd, de totale behandeling en de tijdstippen waarop de behandeling plaats vond (tabel 5). Bij toetsing (variantie-analyse waarbij is gecontroleerd voor de verwijfsbeslissing) bleken beide groepen niet statistisch significant van elkaar te verschillen wat betreft de tevredenheid over de nabehandeling. Verder is onderzocht hoe tevreden de patiënten waren over de plaats van nabehandeling. Zowel na afloop van de nabehandeling als negen maanden na ontslag werd aan de patiënten gevraagd waar men, terugkijkend op de periode na ontslag uit het ziekenhuis, het liefst nabehandeld had willen worden indien men had mogen kiezen. Vervolgens is gekeken in hoeverre deze keuze afwijkt van de plaats waar men daadwerkelijk nabehandeld werd. De controlegroep was minder tevreden over de plaats van nabehandeling; bij de controlegroep hadden 18 patiënten liever op een andere plaats nabehandeld willen worden tegenover 8 patiënten uit de experimentele groep. Dit verschil is statistisch significant.

DISCUSSIE

Het bleek mogelijk het verwijfsbeleid van het behandelend team te beïnvloeden door ook de patiënten met verscheidene functiestoornissen in de experimentele groep het aanbod van thuisbehandeling te doen. Bij zes patiënten had de loting tot resultaat dat het team de verwijfsbeslissing herzag en dat deze patiënten alsnog thuis nabehandeld werden. Met name binnen de groep CVA-patiënten bleken veel meer patiënten dan verwacht toch thuis nabehandeld te kunnen worden. In het jaar dat vooraf ging aan het onderzoek, kreeg 65% van de CVA-patiënten klinische nabehandeling. Van de patiënten uit de experimentele groep kreeg daarentegen slechts 39% klinische nabehandeling. Het slagen van de thuisbehandeling is niet alleen afhankelijk van de aard van de ziekte of handicap, maar wordt in belangrijke mate bepaald door de motivatie van de patiënt en de draagkracht van de directe omgeving.

De bevindingen van het onderzoek bevestigen het vermoeden dat door het aanbod van ergotherapie in de eerste lijn het aantal opnamedagen in een tweedelijnsinstelling na ontslag uit het ziekenhuis kan worden verkort. Er kon worden aangetoond dat de patiënten die niet het aanbod kregen van thuisbehandeling, gemiddeld ruim twee keer zolang in een instelling opgenomen waren/bleven dan de patiënten die dit aanbod wel kregen. Er bleek

geen duidelijk verschil te zijn tussen beide groepen wat betreft de gemiddelde duur van de behandeling (in weken) en het aantal behandelingen dat de patiënten gemiddeld ontvingen. Een voor de hand liggende verklaring voor bovengenoemde bevindingen is dat de thuisbehandeling toch beter aansluit bij de problematiek van de patiënt, waardoor veel gerichter behandeld kan worden en problemen eerder onderkend worden. Daarnaast blijkt dat patiënten van wie in eerste instantie werd gezegd dat ze niet voor thuisbehandeling in aanmerking kwamen, ook thuis nabehandeld konden worden. Door bij de nazorgindicatie ook niet-functionele factoren in overweging te nemen, zoals de motivatie van de patiënt of de hulp die de directe omgeving kan bieden, kunnen ook patiënten met een complexe problematiek thuis nabehandeld worden.

Minstens zo belangrijk als de verkorting van het aantal opnamedagen of de behandeling, is de vraag of de kwaliteit van zorg gelijk blijft wanneer de behandeling thuis plaatsvindt. Voor de kwaliteit van zorg zijn twee uitkomstmaten gehanteerd. Uit het onderzoek blijkt dat de 'vooruitgang' in functionele toestand bij de experimentele groep niet wezenlijk verschilde van die bij de controlegroep. Ook wat betreft de tevredenheid over de nabehandeling verschilden de twee groepen nauwelijks van elkaar. Wel was de controlegroep minder tevreden over de plaats van nabehandeling. Dit is ook logisch omdat veel patiënten uit de controlegroep ook graag thuis nabehandeling hadden gekregen.

Een belangrijke beperking van het onderzoek is het geringe aantal deelnemende patiënten. Hierdoor is het moeilijk bepaalde verschillen tussen de groepen statistisch aan te kunnen tonen. Dit geldt met name voor de behandelduur en het aantal behandelingen, waarvan de verwachting was dat dit bij de experimentele groep wellicht minder zou zijn. Eveneens als gevolg van de geringe power van het onderzoek dient ook enige voorzichtigheid te worden betracht bij de conclusie dat de kwaliteit van zorg niet verschilt tussen beide groepen. Een andere beperking betreft het verschil tussen de experimentele en de controlegroep in de beginsituatie van het onderzoek. Hoewel hiervoor statistisch is gecontroleerd zou deze vertekening toch de geldigheid van de conclusie kunnen inperken. Afgemeten aan de vooraf gestelde criteria kan het experiment met thuisbehandeling toch als geslaagd kan worden beschouwd. De patiënten uit de experimentele groep verbleven minder lang in een tweedelijnsinstelling en er zijn geen aanwijzingen dat de kwaliteit van zorg verandert bij het aanbod van thuisbehandeling. Het bleek mogelijk veel meer patiënten, die anders waarschijnlijk klinisch nabehandeld zouden zijn, naar huis te ontslaan. Wel moet hierbij opgemerkt worden dat dit alleen kan wanneer de patiënt gemotiveerd is voor thuisbehandeling en (intensieve) mantelzorg aanwezig is. Een en ander pleit er voor om ergotherapie in de eerste lijn voort te zetten.

NOOT

Door de onderzoekers en de projectleider is minitieuw uitgezocht of er bij de randomisatie 'fouten' zijn gemaakt. Daarvan is echter niets gebleken. Achteraf gezien was een gestratificeerde randomisatie de meest correcte methode geweest, waardoor de vertekening zou zijn voorkomen.

ABSTRACT

An experiment with domiciliary occupational therapy

In this paper a study is described concerning domiciliary occupational therapy. The question is answered whether domiciliary therapy is a good alternative for therapy provided in a specialized institution. The study population consists of 76 patients, discharged from the Free University hospital in Amsterdam. Patients were randomly assigned to an experimental group which was offered domiciliary occupational therapy and a control group which received the usual occupational therapy i.e. in a rehabilitation centre, a nursing home or an outpatient department. The data indicate that it was possible to treat more patients at home than expected. This seems to be true for stroke patients in particular. The number of extra hospital days in the experimental group was half of that in the control group, while the number of treatment hours at home was about equal. The quality of domiciliary therapy appears to equal that of institutional care.

Keywords: domiciliary occupational therapy, quality, satisfaction

LITERATUUR

- 1 Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie. Het beroep ergotherapie. Delft: Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie, 1988.
- 2 Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie. Ergotherapie ... thuis op haar plaats! Delft: Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie, 1991.
- 3 Berendsen I. Ergotherapie draagt bij aan kwaliteit thuiszorg reumapatiënten. *Beweging* 1988;1:4-5.
- 4 Motivaction, Nationale Kruisvereniging. Onderzoeksverslag ergotherapie in de eerste lijn. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1988.
- 5 Does de Willebois LJM van der. Een ervaring rijker in de eerste lijn: project ergotherapie in de eerste lijn van het VU ziekenhuis. *Ned Tijdschr Ergotherapie* 1990;18:142-5.
- 6 Does de Willebois L van der, Fleuren M, Heijnsman A, Wijkel D. Ergotherapie als nazorg thuis: een pilot-study. *Med Contact* 1990;45:293-6.
- 7 Does de Willebois L van der, Fleuren M, Heijnsman A, Wijkel D. Eerstelijns ergotherapie als nazorg: een pilot-study bij het VU ziekenhuis. *Ned Tijdschr Ergotherapie* 1990;18:93-8.
- 8 Rooijen MA van. De eerstelijns ergotherapeut aan het werk: project ergotherapie in de 1e lijn vanuit het VU ziekenhuis. *Ned Tijdschr Ergotherapie* 1990;18:146-8.
- 9 Donabedian A. Exploration in quality assessment and monitoring, vol 1: the definition of quality and approaches to its assessment. Michigan: Health Administration Press, Ann Arbor, 1980.
- 10 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. Utrecht/Maastricht: Vakgroep Huisartsgeneeskunde/Instituut voor Revalidatievraagstukken, 1987.
- 11 Berendsen I, Elink-Schuurman L, Dijk-van Dooren N van. Werkzaamhedenregistratie. *Ned Tijdschr Ergotherapie* 1978;6:140-8.

CORRESPONDENTIEADRES

Mw. drs M.A.H. Fleuren, VU ziekenhuis, Onderzoekscentrum 1e-2e lijn, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam, tel. 020-5483300

Ontvangen 26 februari 1992, geaccepteerd 8 oktober 1992