

Thuisrevalidatie na ziekenhuisopname?

- **Klinische vraag** Wat is bij patiënten ontslagen uit het ziekenhuis, het effect van thuisrevalidatie versus revalidatie in het dagziekenhuis op het functioneren en de kans op herhospitalisatie en opname in een rust- of verzorgingstehuis?
- **Achtergrond** De evolutie naar een kortere hospitalisatie heeft als gevolg dat er onvoldoende tijd is voor een volledige revalidatie vóór ontslag uit het ziekenhuis. Als antwoord hierop zijn er revalidatieprogramma's ontwikkeld die kunnen plaatsvinden in een ambulante ziekenhuissetting of in een thuisomgeving. Een vergelijking van beide programma's wordt door deze studie geëvalueerd.

Analyse

G. Vanderstraeten

Referentie

Crotty M, Giles LC, Halbert J, et al. Home versus day rehabilitation: a randomised controlled trial. *Age Ageing* 2008;37:628-33.

Bestudeerde populatie

- 301 patiënten (229 gerandomiseerd) uit drie ziekenhuizen in Adelaide (Australië) met een gemiddelde leeftijd van 71,7 jaar (SD 14,1) verwezen voor ambulante revalidatie na CVA (36%), andere neurologische aandoeningen (8%), heupfractuur (5%), totale knieprothese (19%), andere orthopedische aandoeningen (9%), andere aandoeningen; 52% vrouwen; 40% alleenwonend, 81% zonder enige vorm van thuiszorg
- inclusiecriteria: gestabiliseerde patiënten, klaar voor ontslag uit het ziekenhuis, minstens twaalf sessies nodig om de doelstellingen van de revalidatie te bereiken
- exclusiecriteria: niet wonen in de zorgregio, ongeschikt zijn voor één van de revalidatieprogramma's.

Onderzoeksoepzet

- prospectieve, gerandomiseerde, gecontroleerde studie
- revalidatieprogramma in het dagziekenhuis (n=113) gedurende vier tot zes weken, sessie van drie uur in het ziekenhuis drie- tot vijfmaal per week, intensieve interdisciplinaire revalidatie individueel of in groep
- thuisrevalidatieprogramma (n=116) gedurende vier tot zes weken, drie tot vijf sessies per week door een interdisciplinair team
- zelfde interventies in beide settings: fysiotherapie, bezigheidstherapie, logopedie, sociaal werk, psychologie, dieet, verpleging, raadpleging van een revalidatiearts; de doelgerichte interventies werden stopgezet wanneer het behandelende team besliste dat het doel bereikt was
- evaluatie na drie en zes maanden.

Uitkomstmeting

- evaluatie na drie maanden door een ergotherapeut die niet op de hoogte was van de interventie: functionaliteit (**AMPS**, **TUG**), quadricepskracht, levenskwaliteit (**SF-36**), levenskwaliteit en belasting van de zorgverlener (**SF-36**, **CSI**), maximale quadricepskracht, verblijfplaats en mortaliteit;

functionele onafhankelijkheid (**FIM**) beoordeeld door het behandelende team (niet blind voor de interventie)

- evaluatie na zes maanden: hospitalisatie, verblijfplaats, mortaliteit
- intention to treat analyse.

Resultaten

- studie-uitval: zeven patiënten
- geen significant verschil in functionele verbetering na drie maanden tussen beide groepen
- grotere kans op heropname in de ziekenhuisrevalidatiegroep, zowel na drie als na zes maanden (RR 2,1; 95% BI van 1,2 tot 3,9, p=0,012)
- tijd tot eerste heropname: 25 dagen in de ziekenhuisrevalidatiegroep en 49 dagen in de thuisrevalidatiegroep (p=0,05), resultaat onafhankelijk van leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en toestand van verzorgende.

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat patiënten die in het dagziekenhuis revalideren een grotere kans op herhospitalisatie hebben dan patiënten die thuis revalideren. Vermoedelijk is dit het gevolg van een vlot toegankelijke medische staf. Volgens deze kleine studie is de thuissituatie de beste plaats om te revalideren na een ziekenhuisopname.

Financiering: Zuid-Australisch Departement voor Gezondheid

Belangenconflicten: de auteurs verklaren geen belangenconflicten te hebben.

1. Forster A, Young J, Langhorne P. Systematic review of day hospital care for elderly people. *The Day Hospital Group. BMJ* 1999;318:837-41.
2. Parker SC, Oliver P, Pennington M, et al. Rehabilitation of older patients: day hospital compared with rehabilitation at home: a randomized controlled trial. *Health Technol Assess* 2009;13:1-143,iii-iv.
3. Karapolat H, Demir E, Bozkaya YT, et al. Comparison of hospital-based versus home-based exercise training in patients with heart failure: effects on functional capacity, quality of life, psychological symptoms, and hemodynamic parameters. *Clin Res Cardiol* 2009;98:635-42.
4. Karapolat H, Egör S, Zoghi M, et al. Comparison of hospital-based versus home-based exercise training in patients with orthotopic heart transplantation: effects on functional capacity, quality of life and psychological symptoms. *Transplant Proc* 2007;39:1586-8.
5. Maltais F, Bourbeau J, Shapiro S, et al. Comparison of home-based rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2008;149:869-78.

Methodologische beschouwingen

De randomisering van deze studie gebeurde gestratificeerd naargelang het medische probleem van de ziekenhuisopname (orthopedisch, CVA, ..). Concealment of allocation was nauwkeurig beschreven. Zowel de socio-demografische als de functionele kenmerken waren goed verdeeld tussen beide onderzoeksgroepen. De interventies waren multidisciplinair opgezet. De gebruikte vragenlijsten was gevalideerd. Deze studie vertoonde ook enkele methodologische tekortkomingen: de studiepopulatie was relatief klein en zeer heterogeen (uiteenlopende leeftijden, verschillende diagnoses) wat het moeilijk maakt om uit de resultaten sluitende conclusies te trekken. Men kan immers niet weten welke subgroep wel of niet heeft bijgedragen tot het resultaat. De keuze van herhospitalisatie als uitkomstmaat kunnen we in vraag stellen. Zoals de auteurs in hun besluit zelf aangeven, kan dit eindpunt fel vertekend worden door de context waarin de interventie is uitgevoerd. Een andere belangrijke tekortkoming is het ontbreken van informatie over de kosten in beide programma's. Een ziekenhuisrevalidatie duurt gewoonlijk langer en zal dus waarschijnlijk duurder zijn, maar dit is niet onderzocht.

Interpretatie van de resultaten

De gemiddelde behandelingsduur was in de ziekenhuisgroep 50 dagen ($p < 0,001$) langer en omvatte gemiddeld 44 therapeutische sessies meer. Ondanks de uitgebreide revalidatiecapaciteit in een ziekenhuissetting met meer revalidatietijd, meer zorgverstrekkers, een beter uitgeruste accommodatie met zelfs hydrotherapie, een vlottere toegankelijkheid van de revalidatiearts, een betere sociale interactie, bleek dat de functionele uitkomst voor de patiënt even goed was met thuisrevalidatie als met ziekenhuisrevalidatie. Patiënten die een ambulante ziekenhuisrevalidatie kregen hadden een groter risico van heropname. Dit verschil deed zich uitsluitend voor tijdens de eerste drie maanden van de studie. De gemiddelde tijd tot de eerste heropname was in de ziekenhuisrevalidatiegroep 25 dagen versus 41 dagen in de thuisrevalidatiegroep. De auteurs wijten dit verschil aan de vlottere toegankelijkheid van de medische diensten van het ziekenhuis wanneer de revalidatie in het daghospitaal gebeurt. Een grondige analyse van de studiegegevens om dit verschil te verklaren, gebeurde echter niet. Zo zou ook de geografische afstand tot het ziekenhuis kunnen bijdragen tot het uitstellen van een noodzakelijke heropname.

Andere studies

In een systematische review van 12 RCT's bleken mortaliteit en functionele uitkomst van ambulante ziekenhuisrevalidatie niet significant te verschillen van thuisrevalidatie¹. In hun besluit wijzen de auteurs echter op belangrijke methodologische beperkingen. Een studie van Parker et al. schijnt deze resultaten te bevestigen². De kosten waren bovendien niet significant verschillend tussen beide groepen. De auteurs waarschuwen echter voor selectiebias en grote studie-uitval.

In de literatuur vinden we analoge studies over cardiale revalidatie bij hartinsufficiëntie³ en na harttransplantatie⁴. Bij hartinsufficiëntie verbeterden zowel thuis- als ziekenhuisrevalidatie de functionele capaciteit, de levenskwaliteit, de hartfunctie en daalde de kans op depressie door beide interventies. Er wordt wel benadrukt dat de thuisrevalidatie onder strikte supervisie moet gebeuren. Een studie van Maltais et al. toonde tenslotte aan dat thuisrevalidatie een nuttig en gelijkwaardig alternatief kan zijn voor patiënten met COPD⁵.

Voor de praktijk

Ambulante thuisrevalidatie is zeker een alternatief voor ziekenhuisrevalidatie van oudere patiënten die omwille van een CVA, een totale knieprothese of andere neurologische en orthopedische aandoeningen opgenomen waren. De voorwaarde is dat deze aanpak multidisciplinair gebeurt. Het financiële plaatje dient nog verder onderzocht te worden. De vraag is of men dit kan realiseren in de Belgische context, waarbij enkel kinesitherapeutische revalidatie in aanmerking komt voor terugbetaling.

● Besluit Minerva

Deze studie toont aan dat ambulante ziekenhuisrevalidatie op het vlak van functionaliteit niet significant verschilt van thuisrevalidatie bij oudere patiënten na ziekenhuisopname voor neurologische of locomotorische aandoeningen. Er zijn wel significant minder herhospitalisaties bij thuisrevalidatie maar over de waarde van deze uitkomstmaat kan men vragen stellen.

