

**Dit artikel betreft een concept artikel, versie 21042009. Publicatie volgt nog.**

**Titel:**

Ontwikkeling van criteria voor indicatiestelling fysiotherapie binnen verpleeghuizen

**Auteurs:**

Haastert CJM van<sup>1</sup>, Veenhof C<sup>1</sup>, Leemrijse CJ<sup>1</sup>, Ravensberg CD van<sup>2</sup>, Koopmans RTCM<sup>3</sup>, Hobbelen JSM<sup>4</sup>, Looijen-de Jong T<sup>5</sup>, Swart B de<sup>6</sup>, Heuvel SP van den<sup>2</sup>, Nijhuis-van der Sanden MWG<sup>7</sup>, Dekker J<sup>8</sup>.

<sup>1</sup> NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg), Utrecht.

<sup>2</sup> NPi (Nederlands Paramedisch instituut), Amersfoort

<sup>3</sup> Universitair Medisch Centrum St Radboud, verpleeghuisgeneeskunde, Nijmegen

<sup>4</sup> Vitalis WoonZorg Groep Eindhoven, Masteropleiding fysiotherapie in de Geriatrie, Hogeschool Utrecht, Utrecht

<sup>5</sup> Masteropleiding fysiotherapie in de Geriatrie, Hogeschool Utrecht, Utrecht

<sup>6</sup> Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, lectoraat Neurorevalidatie

<sup>7</sup> Universitair Medisch Centrum St Radboud, IQ Healthcare, Nijmegen

<sup>8</sup> Afdeling Revalidatiegeneeskunde & Afdeling Psychiatrie, EMGO Instituut, VUmc, Amsterdam.

## **SAMENVATTING**

*Doel van de studie:* Er bestaat een grote variatie tussen verpleeghuizen in het percentage verpleeghuisbewoners dat wel of geen fysiotherapeutische zorg ontvangt. Hierdoor is het onduidelijk of de juiste groep verpleeghuisbewoners fysiotherapie ontvangt. Er is dan ook behoefte aan meer transparantie en standaardisatie van de indicatiestelling fysiotherapie in verpleeghuizen. Het doel van deze studie is om criteria te ontwikkelen voor de indicatiestelling fysiotherapie in verpleeghuizen.

*Methode:* Op basis van literatuurstudie, inventarisatie van bestaande criteria voor indicatiestelling fysiotherapie, focusgroepen met verzorgenden / mantelzorgers / verpleeghuisbewoners en interviews met belanghebbende partijen zijn criteria ontwikkeld en bijgesteld. De bruikbaarheid en toepasbaarheid van deze criteria zijn in een pilotstudie en een dossierstudie geëvalueerd. Tenslotte zijn tijdens een expertmeeting de inhoud en implementatie van de criteria besproken.

*Resultaten:* Er zijn twee sets criteria ontwikkeld: Criteria voor Indicatiestelling Fysiotherapie in Verpleeghuizen voor fysiotherapeuten en specialisten ouderengeneeskunde (voorheen verpleeghuisartsen) (CIFV-fso) en Criteria voor Indicatiestelling Fysiotherapie in Verpleeghuizen voor verzorgenden (CIFV-v). Uit de pilotstudie en expertmeeting bleek dat de CIFV gezien wordt als een bruikbaar hulpmiddel.

*Conclusie:* De CIFV is een eerste stap naar het standaardiseren en transparant maken van het indiceren van fysiotherapie in verpleeghuizen. Hierbij is het van belang dat de CIFV gezien worden als een hulpmiddel in het klinisch redeneren en niet als bindend indicatiemiddel.

## **ABSTRACT**

*Objective.* The percentage of residents who receive physiotherapeutic care varies between nursing homes. To determine whether the right group of nursing homes' residents receive physiotherapy, there is need for a more transparent and standardized physiotherapeutic referral process. The objective of this study is to develop criteria for physiotherapeutic referral in nursing homes.

*Methods.* On basis of literature, interviews, focus groups and calls for expertise, criteria were developed and adjusted. Subsequently, the feasibility of these criteria was investigated in a patient

record study and in a pilot study in five nursing homes. Finally, the content and implementation of the criteria were discussed during an expert meeting.

*Results.* Two sets of criteria were developed: Criteria for physiotherapeutic referral in nursing homes for physiotherapists and nursing home physicians (CIFV-fso) and criteria for physiotherapeutic referral in nursing homes for caregivers (CIFV-vv). Both the results of the pilot study and expert meeting showed that the CIFV is evaluated as a useful tool.

*Conclusion.* With the development of the CIFV, a first step is taken to make the physiotherapeutic referral in nursing home more transparent and standardized. However, it is important not to use the CIFV as a stringent tool, but to use it as a tool, which assists in the clinical reasoning process.

## INLEIDING

Van alle verpleeghuisbewoners heeft 55% overwegend psychogeriatrische (PG) problematiek (veelal dementie) en heeft 45% overwegend somatische problematiek (vooral CVA) <sup>(1)</sup>. Gezien de hoge leeftijd, de complexe problematiek en de hieruit voortvloeiende hulpvragen van verpleeghuisbewoners heeft een groot percentage bewoners behoefte aan fysiotherapeutische zorg.

In 2004 is de paramedische zorg in verpleeghuizen geïnventariseerd, waaronder fysiotherapie <sup>(2)</sup>.

In dit onderzoek werd geconcludeerd dat tussen verpleeghuizen grote variatie bestond in het percentage verpleeghuisbewoners dat wel of geen fysiotherapeutische zorg ontving. Deze variatie kon niet verklaard worden door verschillen in bewonerspopulatie, maar wel deels door verschillen in kenmerken van de verpleeghuizen, waaronder de beschikbare formatie fysiotherapie <sup>(3)</sup>. Verder bleken bewoners van somatische afdelingen en bewoners die recentelijk waren opgenomen voor revalidatie vaker fysiotherapeutische zorg te ontvangen dan bewoners van PG afdelingen en bewoners van afdelingen voor langdurig verblijf <sup>(3)</sup>. Uit onderzoek blijkt echter dat ook deze bewoners baat kunnen hebben bij fysiotherapie. Heyn e.a. hebben aangetoond dat geriatrische cliënten na revalidatie, vergelijkbare effecten op hun functionele status ervaren als niet-geriatrische cliënten <sup>(4)</sup>. Przybylski e.a. hebben aangetoond dat fysiotherapie een positief effect heeft op het functioneren van verpleeghuisbewoners met chronische zorg <sup>(5)</sup>. Tevens blijkt dat fysiotherapie een positieve bijdrage kan leveren aan het vertragen van achteruitgang in de functionele status bij verpleeghuisbewoners met dementie als gevolg van de ziekte van Alzheimer <sup>(6)</sup>. Het behoud van functionele status verhoogt de kwaliteit van leven en vermindert de zorgbehoefte.

Omdat de variatie in het percentage bewoners dat fysiotherapie krijgt deels onverklaard is en omdat de ene groep bewoners vaker fysiotherapeutische zorg ontvangt dan de andere groep, is het onvoldoende duidelijk of de juiste groep verpleeghuisbewoners fysiotherapeutische zorg ontvangt. Het risico bestaat dat er verpleeghuisbewoners zijn die onterecht geen fysiotherapeutische zorg ontvangen. Dit kan leiden tot achteruitgang van de functionele toestand, met als mogelijk gevolg een verslechtering van de kwaliteit van leven en een toename in de zorgbehoefte van deze bewoners. Om meer inzicht te

krijgen in de indicatie van fysiotherapeutische zorg bij verschillende groepen verpleeghuisbewoners is transparantie en standaardisatie van de indicatiestelling fysiotherapie in verpleeghuizen wenselijk <sup>(7)</sup>.

Momenteel bestaan er geen landelijk geaccepteerde criteria voor de indicatiestelling van fysiotherapie in verpleeghuizen. Sinds juli 2007 wordt de zorg die een (verpleeghuis)bewoner nodig heeft, door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) uitgedrukt in een Zorg Zwaarte Pakket (ZZP). Voor de sector verpleging en verzorging bestaan tien ZZP's. Per ZZP is aangegeven welke functies en tijd per bewoner per week van toepassing zijn op de componenten woonzorg, dagbesteding en behandeling. De component behandeling bevat het aantal behandelingen van alle behandelaars samen. Tot deze behandelaars behoren, naast artsen en gedragswetenschappers, ook paramedici <sup>(8)</sup>. Bij opname wordt multidisciplinair gekeken welke zorg en behandeling een bewoner nodig heeft. In de meeste gevallen is de specialist ouderengeneeskunde (voorheen verpleeghuisarts), in overleg met de fysiotherapeut en verzorging, verantwoordelijk voor een indicatie/verwijzing voor fysiotherapie. Revalidanten ontvangen doorgaans altijd een indicatie voor fysiotherapie. Bewoners van afdelingen voor langdurig verblijf zijn voor de indicatiestelling van fysiotherapie meer afhankelijk van tussentijdse signalering van problemen door de verzorgenden.

Naast de invoering van ZZP's zijn er meerdere ontwikkelingen binnen de verpleeghuiszorg gaande zoals de ontwikkeling naar kleinschalig wonen en de directe toegankelijkheid fysiotherapie (DTF). Door deze ontwikkelingen zal de rol van de verschillende hulpverleners met betrekking tot het indiceren en/of signaleren van fysiotherapie veranderen.

Omdat er behoefte aan transparantie en standaardisatie van het indicatieproces is en omdat landelijk geaccepteerde criteria ontbreken, is het doel van deze studie het ontwikkelen van criteria voor de indicatiestelling fysiotherapie in verpleeghuizen. Deze criteria dienen in eerste instantie als ondersteuning bij de indicatiestelling. Daarbij is het niet mogelijk en ook niet wenselijk de indicatiestelling volledig te standaardiseren. De verpleeghuispopulatie is immers een kwetsbare en heterogene populatie met veel comorbiditeit.

## **METHODE**

Bij de ontwikkeling van de criteria indicatiestelling fysiotherapie in verpleeghuizen (CIFV) is een proces doorlopen waarin de criteria zijn opgesteld en aangepast op basis van verschillende informatiebronnen. Het ontwikkelproces van de CIFV is verdeeld in drie fases, zoals weergegeven in figuur 1. De afzonderlijke fases worden hieronder beschreven.

### **Fase 1: Ontwikkeltraject conceptversie CIFV**

Tijdens het ontwikkeltraject is op verschillende manieren informatie verzameld: namelijk aan de hand van literatuur, het plaatsen van oproepen voor gegevens uit het praktijkveld, interviews en focusgroepen. Hieronder wordt voor iedere methode een korte uitleg gegeven.

Het doel van de literatuurstudie was een overzicht te krijgen van de aangrijpingspunten waarbij fysiotherapie effectief is bij kwetsbare ouderen. Er is gezocht in de databases: PubMed, EMBASE, CINAHL en de Cochrane Library. Literatuur verschenen in de periode 1990-januari 2008 is geïnccludeerd. Hierbij is een systematische procedure gevolgd: eerst is gezocht naar richtlijnen en / of systematische literatuurstudies, zowel bij kwetsbare ouderen in het algemeen als bij een aantal aandoeninggebonden doelgroepen (zoals mensen met ziekte van Parkinson, artrose en CVA). Indien deze niet beschikbaar waren of van onvoldoende kwaliteit waren, werden gerandomiseerde klinische studies (RCT's) toegevoegd. De zoektermen die gebruikt werden, waren vooraf vastgesteld middels de PICO (Patient-Intervention-Control-Outcome) methode en waren voor de 'kwetsbare ouderen' en aandoeninggebonden doelgroepen op dezelfde wijze opgebouwd.

De oproepen naar gegevens uit het praktijkveld zijn geplaatst om te inventariseren hoe de indicatiestelling momenteel verloopt en welke criteria er in de praktijk gebruikt worden. Deze oproepen zijn geplaatst bij de opleidingen tot geriatische fysiotherapeut, specialist ouderengeneeskunde en fysiotherapiewetenschapper, het Nederlands Paramedisch instituut (NPi), de beroepsvereniging voor Specialisten Ouderengeneeskunde en Sociaal Geriaters (NVVA) en de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG).

De interviews en focusgroepen hadden tot doel om zowel de huidige als de gewenste procedure van indicatiestelling fysiotherapie in verpleeghuizen te inventariseren. Hiertoe zijn interviews gehouden

met de volgende overkoepelende partijen: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Landelijke Organisatie verpleeghuisbewonersraden (LOC-LPR), NVFG en NVVA). De focusgroepen zijn gehouden in vier verpleeghuizen met in totaal zes somatische verpleeghuisbewoners, drie mantelzorgers, drie verzorgenden en vier teamleiders.

Op basis van de resultaten uit de literatuurstudie, informatie uit het praktijkveld, interviews en de focusgroepen is een conceptversie van de CIFV ontwikkeld met een aparte CIFV voor fysiotherapeuten / specialisten ouderengeneeskunde (CIFV-fso) en een aparte CIFV voor verzorgenden (CIFV-v). De CIFV-fso is ontwikkeld met als doel het indicatieproces van fysiotherapeuten en specialisten ouderengeneeskunde te ondersteunen en is gericht op zowel het signaleren van problemen / zorgvragen van verpleeghuisbewoners als het indiceren van fysiotherapie. De CIFV-v voor verzorgenden richt zich alleen op het signaleren van problemen / zorgvragen van verpleeghuisbewoners die mogelijk baat hebben bij fysiotherapie. De uiteindelijke indicatie fysiotherapie wordt vervolgens door specialisten ouderengeneeskunde of fysiotherapeuten gesteld.

## **Fase 2: Testen en bijstellen van de conceptversie CIFV**

De conceptversie CIFV is in een pilotstudie en dossieronderzoek uitgetest en op bruikbaarheid onderzocht. Op basis van de resultaten van deze studies is de conceptversie van de CIFV aangepast. De pilotstudie en het dossieronderzoek worden hieronder afzonderlijk beschreven.

### *Pilotstudie*

Het primaire doel van de pilotstudie was om de bruikbaarheid en toepasbaarheid van de CIFV te onderzoeken. Tevens is gekeken of de indicatiestelling volgens de CIFV van toegevoegde waarde is. Nadat professionals de CIFV daadwerkelijk gebruikt hadden om te beoordelen of bewoners wel of geen indicatie voor fysiotherapie hadden is in enquêtes en interviews de mening van professionals over de CIFV geïnventariseerd. Op basis van deze informatie is de conceptversie van de CIFV aangepast. Om de toegevoegde waarde te beoordelen is per bewoner de signalering en indicatiestelling

volgens de CIFV vergeleken met de huidige indicatiestelling. In dit artikel worden alleen resultaten die voor de ontwikkeling van de CIFV van belang waren gepresenteerd.

De conceptversie van de CIFV-v en de CIFV-fso zijn binnen een tijdsbestek van zes weken bij vijf verpleeghuizen gebruikt. Per verpleeghuis is een gerandomiseerde gestratificeerde steekproef van minstens 50 verpleeghuisbewoners genomen. Voorafgaand aan de steekproef vond stratificatie op het niveau van vier type verpleeghuisbewoners plaats: revalidatie-somatisch, revalidatie-psychogeriatrisch, langdurige zorg-somatisch en langdurige zorg-psychogeriatrisch.

Fysiotherapeuten en specialisten ouderengeneeskunde hebben een uitgebreide instructie gekregen in het gebruik van de CIFV. Vervolgens hebben zij met behulp van de CIFV-fso beoordeeld of er een probleem was dat in aanmerking kwam voor fysiotherapie, welk probleem dit was en of er een indicatie voor fysiotherapie was. Verzorgenden hebben met behulp van de CIFV-v gesignaleerd of er een probleem was dat mogelijk in aanmerking komt voor fysiotherapie en welk probleem dit was. Op grond van praktische overwegingen hebben de fysiotherapeuten alleen de voor hen bekende bewoners beoordeeld op de CIFV-fso. Voor deze bewoners hebben de fysiotherapeuten aangegeven of de bewoner op het moment van beoordelen wel of geen fysiotherapie ontving en zo ja, voor welk probleem. Bewoners die geen fysiotherapie hadden waren ook niet bekend bij de fysiotherapeuten. De specialisten ouderengeneeskunde en verzorgenden hebben alle geïncludeerde verpleeghuisbewoners beoordeeld.

Na het beoordelen met de CIFV hebben de fysiotherapeuten, specialisten ouderengeneeskunde en verzorgenden een enquête ontvangen over de toepasbaarheid en bruikbaarheid van het eerste concept van de CIFV. In deze vragenlijst is o.a. gevraagd naar de tijd die het kost om de CIFV te gebruiken, of de vragen en de items van de CIFV voldoende duidelijk waren en of zij de CIFV in de toekomst zouden gebruiken. Vervolgens zijn er zeven interviews gehouden met een aantal van deze professionals. In deze interviews is dieper ingegaan op de antwoorden die gegeven zijn in de

vragenlijsten. De CIFV is naar aanleiding van de resultaten uit de enquêtes en interviews aangepast tot een tweede conceptversie.

### *Dossieronderzoek*

Het doel van het dossieronderzoek was om te inventariseren of de criteria in de conceptversie van de CIFV-fso overeenkwamen met de aangrijpingspunten fysiotherapie zoals vermeld in de medische dossiers van het afgelopen jaar. Hiertoe is in drie verpleeghuizen een dossieronderzoek uitgevoerd. Per verpleeghuis is een gerandomiseerde steekproef van vijftig dossiers van verpleeghuisbewoners van somatische en psychogeriatrische afdelingen onderzocht. De dossiers zijn door een onafhankelijke student/onderzoeker (RvS) gescoord aan de hand van een digitaal scoreformulier. Vervolgens zijn de indicaties fysiotherapie en de daadwerkelijke verwijzingen uit de dossiers geïnventariseerd en vergeleken met de CIFV-fso.

### **Fase 3: Expertmeeting en definitieve versie van de CIFV**

Om de mening en aanbevelingen van de professionals uit het werkveld over de tweede conceptversie van de CIFV te inventariseren is een expertmeeting georganiseerd. Hierbij zijn fysiotherapeuten, specialisten ouderengeneeskunde, verzorgenden, teamleiders en vertegenwoordigers van het KNGF, V&VN, LOC-LPR, NVFG en NVVA uitgenodigd. De genodigden hebben vooraf de tweede conceptversie van de CIFV ontvangen. Tijdens de expertmeeting is gediscussieerd over de inhoud, het proces en mogelijke implementatie van de CIFV. Na de expertmeeting is de definitieve versie van de CIFV-fso en CIFV-v gemaakt.

## **RESULTATEN**

De resultaten bestaan uit drie gedeelten. Voor de leesbaarheid van het artikel wordt hier alleen de definitieve versie van de CIFV gepresenteerd: deze definitieve versie wordt bovendien als eerste gepresenteerd. Daarna wordt het ontwikkelproces van de CIFV toegelicht. Hierbij wordt beschreven hoe de resultaten uit de literatuur, interviews met overkoepelende partijen en met focusgroepen, schriftelijke enquête (na de pilotstudie) en expertmeeting geleid hebben tot de definitieve versie van de

CIFV. Tenslotte worden onder de resultaten uit de pilotstudie met betrekking tot de bruikbaarheid, toepasbaarheid en toegevoegde waarde van de CIFV, de bevindingen uit het dossieronderzoek en de resultaten uit de expertmeeting betreffende het proces en de implementatie van de CIFV besproken.

#### *Definitieve versie van de CIFV*

Zoals eerder vermeld is er een CIFV ontwikkeld voor fysiotherapeuten / specialisten ouderengeneeskunde (CIFV-fso) en één voor verzorgenden (CIFV-v). De definitieve versie van de CIFV-fso (figuur 1) bestaat uit drie *signaleringsitems*, waarmee de specialist ouderengeneeskunde of fysiotherapeut bepaalt of er een probleem is waar fysiotherapie een oplossing voor zou kunnen bieden, een lijst met mogelijke *aangrijpingspunten fysiotherapie* die geordend is volgens de International Classification of Functioning disability and health (ICF) en vier *vragen* waarmee bepaald wordt of er een indicatie voor fysiotherapie is.

De definitieve versie van de CIFV-v (figuur 2) bestaat uit vier signaleringsvragen waarmee de verzorging kan signaleren of er een probleem is en een lijst met voorbeeldprobleemgebieden voor fysiotherapie. De lijst met voorbeeldproblemen is toegevoegd om de verzorgenden inzicht te geven in problemen waarbij de fysiotherapeut ingeschakeld kan worden. Deze lijst met voorbeeldproblemen bestaat uit problemen die betrekking hebben op het functioneren van een bewoner, problemen die betrekking hebben op de lichamelijke toestand van een bewoner en overige problemen.

#### *Ontwikkelproces van de CIFV*

Uit de oproepen om informatie uit het praktijkveld bleek dat er momenteel geen gestandaardiseerd overzicht van criteria bestond voor de indicatiestelling fysiotherapie. Op basis van de resultaten uit de literatuurstudie en de oproepen is een lijst met aangrijpingspunten voor fysiotherapie bij verpleeghuisbewoners ontwikkeld. Ter verantwoording van deze lijst met aangrijpingspunten is een achtergronddocument met evidentie uit de literatuur ontwikkeld.

Naar aanleiding van de aanbevelingen die gemaakt zijn tijdens de interviews en focusgroepen is er een aparte CIFV voor de verzorging (CIFV-v) ontwikkeld. De geïnterviewden gaven aan dat de specialist ouderengeneeskunde en de fysiotherapeut mede afhankelijk zijn van de signalering van de

verzorging. Hierbij is het van belang dat er duidelijk vermeld staat dat de verzorging geen uiteindelijke beslissing neemt over wel of geen indicatie fysiotherapie. Andere aanbevelingen uit de interviews, focusgroepen, enquêtes en expertmeeting waren om de wens van de bewoner zelf betreffende het inzetten van fysiotherapie niet op te nemen in de CIFV, het concretiseren van de term 'korte termijn' in twee tot vier weken en de lijst met voorbeeldproblemen ordenen en clusteren met behulp van bijvoorbeeld de ICF of het SAMPC-model<sup>(9,10)</sup>.

#### *Pilotstudie (bruikbaarheid, toepasbaarheid en toegevoegde waarde van de CIFV)*

De verzorgenden van twee verpleeghuizen hebben door omstandigheden binnen het verpleeghuis niet deel kunnen nemen aan de pilotstudie. In totaal zijn 261 verpleeghuisbewoners beoordeeld. De verzorgenden hebben 109 verpleeghuisbewoners beoordeeld met de CIFV, de fysiotherapeuten 199 verpleeghuisbewoners en de specialisten ouderengeneeskunde 208 verpleeghuisbewoners.

Er is gekeken naar het signaleren van problemen door de verzorging en het indiceren van fysiotherapie door de fysiotherapeut of specialist ouderengeneeskunde aan de hand van de CIFV. Er is vervolgens een vergelijking gemaakt tussen de signalering en/of indicatie fysiotherapie volgens de CIFV en of de bewoner op dat moment daadwerkelijk bij een fysiotherapeut onder behandeling was (tabel 1). De indicering door de fysiotherapeuten en de huidige situatie komt bij 93,4% (64,8% beiden positief + 28,6% beiden negatief) overeen en bij specialisten ouderengeneeskunde bij 77,5% (46,2% beiden positief + 31,3% beiden negatief) (tabel 1). Indien er geen overeenstemming was, is dit bij de fysiotherapeuten vooral bij chronische verpleeghuisbewoners het geval en bij de specialisten ouderengeneeskunde vooral bij chronische verpleeghuisbewoners en PG verpleeghuisbewoners (tabel 2). Wat betreft de verzorging komt bij 59,7% (56%+3,7%) van de verpleeghuisbewoners de huidige situatie overeen met het signaleren van een probleem met de CIFV-v. Bij de overige 40,3% signaleert de verzorging bij 34,9% wel een probleem, terwijl de bewoner geen fysiotherapie ontving.

In totaal zijn er 69 enquêtes gericht op het evalueren van de bruikbaarheid en toepasbaarheid van de CIFV ingevuld; 20 door de verzorging, 31 door de fysiotherapeuten en 18 door de specialisten ouderengeneeskunde. Het beoordelen van een bewoner met behulp van de CIFV kostte de verzorging

gemiddeld 8 minuten (range 2-20 minuten), de fysiotherapeut 5,5 minuten (range 2-15 minuten) en de specialist ouderengeneeskunde 7 minuten (range 2-20 minuten). Meer dan 90% van de verzorgenden vond de CIFV-v voldoende duidelijk, zowel de eerste vier signaleringsvragen als de lijst met voorbeeldproblemen. Wel werd de suggestie gegeven om aan de lijst met voorbeeldproblemen sprekende voorbeelden uit de praktijk toe te voegen. Negentig procent van deze respondenten vindt het goed om de criteria bij de signalering te gebruiken, omdat het houvast geeft. Ongeveer 75% van de responderende fysiotherapeuten vond de drie signaleringsitems, de lijst met aangrijpingspunten fysiotherapie en de vier indicatievragen van de CIFV-fso voldoende duidelijk. Ditzelfde percentage werd gevonden voor de specialisten ouderengeneeskunde waarbij ook 75% vond dat de drie signaleringsitems en de vier indicatievragen van de CIFV-fso voldoende duidelijk waren. De lijst met aangrijpingspunten fysiotherapie vond 61% van de responderende specialisten ouderengeneeskunde voldoende duidelijk. De fysiotherapeuten en specialisten ouderengeneeskunde die minder tevreden waren over de duidelijkheid van de CIFV-fso hadden met name commentaar op de volgorde en inhoud van de aangrijpingspunten fysiotherapie (de voorkeur varieerde tussen ordening volgens ICF of volgens SAMPC).

### *Dossieronderzoek*

Er zijn 148 dossiers geïnccludeerd; 46 dossiers van somatische verpleeghuisbewoners met langdurig verblijf en 102 dossiers van PG verpleeghuisbewoners. In totaal stond slechts in 17% van de dossiers minstens één aangrijpingspunt uit de lijst met aangrijpingspunten van de CIFV-fso vermeld. Het percentage somatische verpleeghuisbewoners dat fysiotherapie had gehad of nog heeft was hoger (85%) dan bij de PG bewoners (58%). Opvallend is dat de aangrijpingspunten cardiovasculaire risicofactoren, geheugen, incontinentie, mentale functies, oedeem, pijn, suikerspiegel, persoonlijke verzorging en welbevinden vaak wel vermeld staan in de statussen, maar er weinig tot geen fysiotherapie is toegepast in deze situaties, terwijl in de literatuur duidelijke bewijzen van effectiviteit zijn.

### *Expertmeeting (gebruik en implementatie van de CIFV)*

Bij de expertmeeting waren 23 professionals aanwezig waaronder fysiotherapeuten (i.o.), specialisten ouderengeneeskunde, teamleiders / managers en afgevaardigden van beroepsverenigingen NVVA, NVFG en KNGF. De aanwezigen verwachten dat met behulp van de CIFV de indicatiestelling fysiotherapie verbeterd kan worden. Hierbij werd met name benadrukt dat de CIFV als hulpmiddel bij de indicatiestelling fysiotherapie gebruikt dient te worden en niet als bindend indicatieprotocol. Er moet ruimte blijven voor het professionele oordeel van de zorgverleners, zeker gezien de hoge prevalentie van comorbiditeit bij deze groep van kwetsbare ouderen. Tevens kwam uit de interviews en de expertmeeting naar voren dat de CIFV-fso nadrukkelijk ingepast dient te worden in het klinisch redeneren van fysiotherapeuten en specialisten ouderengeneeskunde.

Ook werd aangegeven dat de CIFV van meerwaarde kan zijn bij de verantwoording van het wel of niet aanbieden van fysiotherapie, bij het verantwoorden van noodzakelijke behandelijd en het monitoren van problemen bij (tussentijdse) evaluatie. Wanneer de CIFV geïmplementeerd wordt, is het van belang dat de CIFV geïntegreerd wordt met de huidige werkwijze van de verpleeghuizen en dat het onderdeel wordt van de verslaglegging in de dossiers. Daarnaast bestaat er bij de verzorgenden de behoefte aan extra scholing met betrekking tot signalering van problemen, waar fysiotherapie een bijdrage kan leveren. Omdat de implementatie afhankelijk is van de werkwijze en structuur binnen een verpleeghuis zal de implementatie van de criteria per verpleeghuis verschillend verlopen. De deelnemers van de expertmeeting adviseerden een implementatieplan te ontwikkelen en dit te richten op het doel en de inhoud van de criteria, de plaats van de criteria binnen het klinisch redeneren en scholing daarin.

## **DISCUSSIE EN CONCLUSIE**

Tijdens dit onderzoek stond de ontwikkeling van criteria voor indicatiestelling fysiotherapie centraal. Dit heeft geresulteerd in een CIFV voor fysiotherapeuten en specialisten ouderengeneeskunde (CIFV-fso) en voor verzorgenden (CIFV-v) (figuur 1 en 2).

De fysiotherapeuten en specialisten ouderengeneeskunde gaven in de pilot aan de CIFV-fso over het algemeen duidelijk te vinden. De ordening in de lijst met aangrijpingspunten fysiotherapie vonden de

specialisten ouderengeneeskunde minder duidelijk. Tijdens het ontwikkelproces is de ordening van de aangrijpingspunten fysiotherapie meerdere malen naar voren gekomen. Enkele deelnemers gaven de voorkeur voor ordening volgens de ICF, anderen gaven de voorkeur voor ordening volgens de SAMPC of voor alfabetische ordening. Uiteindelijk is gekozen om in de definitieve versie te ordenen volgens de ICF. Tussen aangrijpingspunten geordend naar functies, activiteiten en participatie is veelal een relatie aanwezig, waarvoor eenzelfde fysiotherapeutische interventie geïndiceerd is. Daarom is het van belang dat de gebruiker de aangrijpingspunten inpast in het klinisch redeneren en een plaats geeft in de werkwijze van het verpleeghuis. Op deze manier wordt de indicatiestelling fysiotherapie meer gestandaardiseerd en bovendien transparanter. Uit het dossieronderzoek bleek overigens dat er ook meer transparantie bereikt kan worden door in de dossiers expliciet te maken wat de relatie is tussen diagnose, aangrijpingspunt, en wel dan geen indicatie voor fysiotherapie. Indien er een indicatie voor fysiotherapie is kan vervolgens aangegeven worden wat het doel van de interventie is en welke interventie gegeven wordt. Het gebruik van de CIFV kan hier een bijdrage aan leveren.

De verzorgenden die deelgenomen hebben aan de pilot vonden de CIFV-v voldoende duidelijk en 90% gaf aan het goed te vinden de CIFV-v in de toekomst te gebruiken bij het signaleren van problemen. Wel gaven zij aan dat een overzicht van praktijkvoorbeelden bij de lijst met voorbeeldproblemen van meerwaarde kan zijn bij de signalering. Daarnaast is het van belang om in toekomstig onderzoek te toetsen voor welke door de verzorging gesignaleerde problemen ook daadwerkelijk een indicatie plaatsvindt door de specialist ouderengeneeskunde dan wel de fysiotherapeut.

Het blijkt dat vooral bij verpleeghuisbewoners van PG afdelingen en verpleeghuisbewoners van chronische afdelingen er een lagere overeenstemming is tussen het momenteel ontvangen van fysiotherapie en een indicatie volgens de CIFV-fso (tabel 2). Dit sluit aan bij de bevindingen van Leemrijse e.a. 2005.<sup>(3)</sup> Uit onderzoek blijkt dat deze verpleeghuisbewoners wel baat kunnen hebben bij fysiotherapie<sup>(4,5,6)</sup>. Vooral bij verpleeghuisbewoners van chronische afdelingen en PG afdelingen zou de CIFV-fso dus van meerwaarde kunnen zijn om transparant te maken of deze groep problemen ondervindt die met fysiotherapie verholpen kunnen worden.

Van de verpleeghuisbewoners die door de verzorging gesignaleerd worden met de CIFV-v, ontvangt momenteel 34,9% geen fysiotherapeutische behandeling. Naast de mogelijkheid dat verpleeghuisbewoners geen fysiotherapie ontvangen omdat wellicht onterecht wordt aangenomen dat fysiotherapie geen meerwaarde heeft, kan dit ook komen door de brede formulering van de vragen uit de CIFV-v. Hoewel de vragen breed geformuleerd zijn stimuleren zij wel het klinisch redeneren van de verzorging en verhogen zij de transparantie van het signaleringsproces. Bovendien geeft dit de verzorgenden meer inzicht op welke terreinen fysiotherapie van meerwaarde kan zijn. Het is vervolgens de taak van de specialist ouderengeneeskunde en /of fysiotherapeut om met de CIFV-fso en hun professionele oordeel te bepalen en transparant te verwoorden of er wel dan geen indicatie voor fysiotherapie is.

Dit onderzoek heeft een aantal beperkingen. Allereerst hebben de fysiotherapeuten, uit praktische overwegingen, alleen verpleeghuisbewoners beoordeeld die bij hen voldoende bekend waren. Dit kan de hoge overeenstemming bij de fysiotherapeuten verklaren tussen het daadwerkelijk ontvangen van fysiotherapie en een indicatie volgens de CIFV-fso en kan leiden tot selectie bias. Uit het onderhavige onderzoek blijkt dat de CIFV voldoende bruikbaar en toepasbaar is bij de indicatiestelling fysiotherapie in verpleeghuizen. Hierbij moet de kanttekening worden gemaakt dat de betrouwbaarheid en validiteit van de CIFV niet beoordeeld zijn.

In het dossieronderzoek is gekeken naar overeenstemming van aangrijpingspunten fysiotherapie benoemd in de CIFV-fso en benoemd in de dossiers. In slechts 17% van de dossiers werden aangrijpingspunten fysiotherapie uit de CIFV-fso genoemd. Dit betekent dat de primaire diagnose en aanwezige comorbiditeiten niet transparant vertaald worden naar aangrijpingspunten cq randvoorwaarden voor fysiotherapeutische interventies. De CIFV zou dan ook bij implementatie onderdeel van de verslaglegging en het klinisch redeneren moeten uitmaken, zodat keuzen transparant worden.

Ook in de expertmeeting is gesproken over de mogelijkheden voor implementatie van de criteria. Omdat de implementatie afhankelijk is van de werkwijze en organisatiestructuur binnen de verpleeghuizen wordt aanbevolen om de implementatie van de CIFV vooral te richten op het inpassen van de criteria binnen de overleg- en verslagmethodieken die in de verschillende verpleeghuizen worden gehanteerd. Daarnaast is scholing van belang. Bij de ontwikkeling van een implementatieplan moet hiermee rekening worden gehouden. Anderzijds is het ook van belang te garanderen dat er inzicht komt in de factoren die de keuzes van professionals sturen.

Dit onderzoek is een eerste stap naar het deels objectiveren en mogelijk verbeteren van de indicatiestelling fysiotherapie in verpleeghuizen. Met de verschillende ontwikkelingen die gaande zijn binnen de verpleeghuiszorg, zoals de ontwikkeling naar kleinschalig wonen en DTF, zal de rol van verschillende hulpverleners met betrekking tot het indiceren/signaleren van fysiotherapie veranderen. Mede door deze ontwikkelingen lijkt de CIFV van meerwaarde te kunnen zijn bij het signaleren van (fysiotherapeutische) problemen door de verzorging en de indicatiestelling door de fysiotherapeut en de specialist ouderengeneeskunde. Hierbij is het van belang dat de CIFV gezien wordt als een hulpmiddel dat overzicht biedt ten aanzien van mogelijke indicaties voor fysiotherapie. De professional kan dit gebruiken om zijn oordeel ten aanzien van de indicatie te verantwoorden en transparant te maken. Met name bij de ontwikkeling van ZZP's waarin ruimte gereserveerd is voor behandel tijd voor alle behandelaars, kan de CIFV gebruikt worden als middel om de noodzaak van behandel tijd te onderbouwen.

## **DANKWOORD**

Dit onderzoek is uitgevoerd met subsidie van het Wetenschappelijk College Fysiotherapie (WCF). Gedeelten van dit onderzoek zijn uitgevoerd door studenten Fysiotherapie van de Hogeschool Rotterdam en Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. We willen Maïke Ringma, Lonneke Zandvliet en Martin Rutten bedanken voor het afnemen en uitschrijven van de interviews. Martijn Kok, Wendy Hogendoorn, Loes Peters, Jolanda van den Donker, Maïke Ringma en Lonneke Zandvliet worden bedankt voor hun bijdrage in de literatuurstudie en Rob van Roest voor zijn bijdrage in het dossier onderzoek. Tenslotte willen we de medewerkers van de deelnemende verpleeghuizen danken voor hun bijdrage aan dit onderzoek.

## LITERATUUR

- 1) Klerk MMY de. Ouderen in instellingen, Landelijk overzicht van de leefsituatie oudere tehuisbewoners. Den Haag: SCP, 2005.
- 2) Boer M de, Ende E van den, Ribbe M, Leemrijse C. Paramedische zorg in verpleeghuizen: een inventariserend onderzoek naar omvang, verwijzingsindicatie en inhoud van paramedische zorg. Utrecht: NIVEL, 2004.
- 3) Leemrijse C, Boer M de, Ribbe M. Paramedische zorg in verpleeghuizen: de verschillen verklaard? Utrecht: NIVEL, 2005.
- 4) Heyn P, Abreu BC, Ottenbacher KJ. The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: A meta analysis. Arch Phys Med Rehabil 2004,85:1694-1704.
- 5) Przybylski BR, Dumont ED, Watkins ME, Warren SA, Beaulne AP, Lier DA. Outcomes of enhanced physical and occupational therapy service in a nursing home setting. Arch Phys Med Rehabil 1996, 77:554-61.
- 6) Rolland Y, Pillard F, Klapouszczak A, Reynish E, Thomas D, Andrieu S, Rivière D, Vellas B. Exercise program for nursing home residents with Alzheimer's disease: a 1-year randomized controlled trial. J Am Geriatr Soc 2007, 55:158-165.
- 7) Leemrijse CJ, Boer ME de, Ende CHM van den, Ribbe MW, Dekker J. Factors associated with physiotherapy provision in a population of elderly nursing home residents: a cross sectional study. BMC Geriatrics 2007, 7.
- 8) VWS 4 november 2008. Zorgzwaartepakketten sector V&V versie 2009. Enschede 2008.
- 9) WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands. Nederlandse vertaling van de WHO-publicatie: International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Bilthoven: RIVM, 2002.
- 10) Bangma, B.D., Revalidatie geneeskunde; methodologie en praktische uitvoering. Van Gorcum, Assen/ Maastricht, 1989.

Tabel 1: Percentage overeenstemming tussen het ontvangen van fysiotherapie op dit moment en signalering van een probleem of indicatie fysiotherapie volgens de criteria

Indicatie of signalering Nu fysiotherapie	Signalering volgens de verzorgenden (N=109)		Indicatie volgens de fysiotherapeut (N=199)		Indicatie volgens de specialist ouderengeneeskunde (N=208)	
	ja	nee	ja	nee	ja	nee
Ja	56%	<b>5,5%</b>	64,8%	<b>3,0%</b>	46,2%	<b>9,6%</b>
Nee	<b>34,9%</b>	3,7%	<b>3,5%</b>	28,6%	<b>13,0%</b>	31,3%

**Dik gedrukt=geen overeenstemming**

Tabel 2: Percentage overeenstemming indicatie m.b.v. de CIFV en momenteel indicatie onderverdeeld in verpleeghuisbewonersgroepen

	Indicatie volgens CIFV Nu fysiotherapie	Fysiotherapeut (f)		Specialist ouderengeneeskunde (v)	
		Ja	Nee	Ja	Nee
<i>Revalidatie-somatisch</i> Nf=67 Nv=55	Ja	94,0%	<b>1,5%</b>	89,1%	<b>5,5%</b>
	Nee	<b>0%</b>	4,5%	<b>1,8%</b>	3,6%
<i>Revalidatie-psychogeriatrisch</i> Nf=20 Nv=21	Ja	80,0%	<b>0%</b>	61,9%	<b>14,3%</b>
	Nee	<b>0%</b>	20,0%	<b>19,0%</b>	4,8%
<i>Chronisch-somatisch</i> Nf=49 Nv=55	Ja	60,0%	<b>6,0%</b>	41,8%	<b>10,9%</b>
	Nee	<b>2,0%</b>	32,0%	<b>18,2%</b>	29,1%
<i>Chronisch- psychogeriatrisch</i> Nf=63 Nv=77	Ja	31,3%	<b>3,1%</b>	14,3%	<b>10,4%</b>
	Nee	<b>9,4%</b>	56,3%	<b>15,6%</b>	59,7%

**Dik gedrukt=geen overeenstemming**

Figuur 1: Criteria voor Indiciestelling Fysiotherapie in Verpleeghuizen voor fysiotherapeuten en specialisten ouderengeneeskunde (CIFV-fso)

Onderstaande criteria zijn bedoeld als ondersteuning om te bepalen of er naar uw oordeel een indicatie voor fysiotherapie is. De procedure hoe de criteria te gebruiken staat hieronder beschreven.

**Doelgroep:** verpleeghuisbewoners of cliënten met een verpleeghuisindicatie

**Procedure:** Als specialist ouderengeneeskunde of fysiotherapeut overweegt u m.b.v. onderstaande drie items of er mogelijk een indicatie voor fysiotherapie is. Met de vier vragen die hierop volgen beslist u of er werkelijk een indicatie voor fysiotherapie is. Als hulpmiddel is er een lijst met aangrijpingspunten fysiotherapie toegevoegd. In een achtergronddocument wordt per aangrijpingspunt aangegeven in welke mate er in de literatuur evidentie is gevonden voor fysiotherapeutische interventies bij verpleeghuisbewoners met bepaalde aandoeningen en kwetsbare ouderen in het algemeen.

**Er is mogelijk een indicatie voor fysiotherapie indien een professional of de (omgeving van de) bewoner:**

- Op dit moment een probleem signaleert door achteruitgang op functieniveau, activiteitsniveau of participatieniveau, of binnen 3 weken een probleem verwacht.
- Mogelijkheden voor verbetering ziet op functieniveau, activiteitsniveau of participatieniveau.
- Een vraag en/of probleem heeft op het gebied van de verzorging / begeleiding / transfers van de bewoner.

**U stelt zichzelf daarbij de volgende vragen en beslist aan de hand hiervan of er werkelijk een indicatie voor fysiotherapie is:**

- Waar wordt het gesignaleerde probleem door veroorzaakt en wat betekent deze oorzaak voor het te verwachte herstel / verbetering?
- Welke algemene doelen wil de professional of de (omgeving van de) bewoner bereiken? Zijn dit haalbare / wenselijke doelen wanneer rekening wordt gehouden met de oorzaak van het probleem, de persoonlijke factoren en de externe omgevingsfactoren?
- Gaat de (omgeving van de) bewoner of de professional akkoord met de haalbare / wenselijke doelen?
- Kan verwacht worden dat fysiotherapeutische behandeling of een eenmalig fysiotherapeutisch consult het probleem kan verminderen / stabiel kan houden of verdere achteruitgang kan vertragen?

<b>Aangrijpingspunten fysiotherapie</b>	
<b>Activiteiten en participatieniveau</b>	<b>Stoornisniveau</b>
Houdingshandhaving <i>-blijven zitten / blijven staan / blijven liggen</i>	Ademhaling / functies van ademhalingsspieren Luchtwegen / long problemen (preventie en behandeling)
Houdingsverandering / transfers <i>-lig / lig</i> <i>-lig-zit / zit-staan / staan-lopen</i>	Inspanningstolerantie / uithoudingsvermogen Spierkracht en spieruithoudingsvermogen Spiertonus (bv. spasme, verhoogde spanning)
Lichaamsbeweging <i>-reiken / grijpen / manipuleren</i> <i>-bukken en knielen</i>	Gewrichten mobiliteit (bv. contracturen) Gewrichten stabiliteit Evenwichtsfunctie
Voortbewegen <i>-lopen binnen of buiten / traplopen</i> <i>-gebruik loophulpmiddelen / rolstoel</i>	Coördinatie Valrisico verhoogd Sensibiliteit
Persoonlijke verzorging <i>-eten en drinken</i> <i>-wassen en verzorgen</i> <i>-aan- en uitkleden</i>	Pijn Botmineraaldichtheid Cardiovasculaire risicofactoren (bv. bloeddruk, BMI, cholesterol, etc.) Decubitus Geheugen
Verminderde bewegingsdrang	Incontinentie Lichaamsbesef (bv. neglect)
Recreatie en vrije tijd	Mentale functies (waaronder stemming)
Welbevinden / ervaren kwaliteit van leven	Oedeemvorming Suikerspiegel
	Trombose

Figuur 2: Criteria voor Indicatiestelling fysiotherapie in Verpleeghuizen voor verzorgenden (CIFV-v)

Onderstaande criteria zijn bedoeld als hulpmiddel om te bepalen of er bij een bewoner problemen zijn waarvoor de hulp van de fysiotherapeut eventueel nodig is. Daarvoor beantwoordt u per bewoner de hieronder weergegeven vier vragen. Wanneer u één van de vier vragen met 'ja' heeft beantwoord, neemt u contact op met de fysiotherapeut of de specialist ouderengeneeskunde.

**De vier vragen:**

1. **Signaleert u, of de (omgeving van de) bewoner een achteruitgang in de lichamelijke toestand van de bewoner of in het functioneren?**
2. **Verwacht u, of de (omgeving van de) bewoner binnen 3 weken een achteruitgang in de lichamelijke toestand van de bewoner of in het functioneren?**
3. **Ziet u, of de (omgeving van) de bewoner mogelijkheden voor verbetering van de lichamelijke toestand van de bewoner of het functioneren?**
4. **Heeft u, of de (omgeving van de) bewoner een vraag/probleem op het gebied van de verzorging/begeleiding/transfers van de bewoner?**

Tevens is hieronder een lijst van probleemgebieden weergegeven waar fysiotherapie mogelijk een positieve invloed op kan hebben. Zo kunt u zelf ook al een inschatting maken of fysiotherapie zinvol kan zijn bij deze bewoner. In deze lijst met probleemgebieden komen ook de termen 'lichamelijke toestand' en 'functioneren' uit bovenstaande vier vragen aan de orde.

Ook wanneer u zelf al een inschatting maakt blijft overleg met de specialist ouderengeneeskunde of fysiotherapeut noodzakelijk.

<b>Lijst van mogelijke probleemgebieden voor fysiotherapie</b>	
<b>Functioneren</b>	<b>Lichamelijke toestand</b>
Houding handhaven <i>- blijven zitten / blijven staan / blijven liggen</i>	Kortademigheid Conditie/uthoudingsvermogen/krachtsverlies
Houdingsverandering / transfers <i>- lig-lic, - lig-zit / zit-staan / staan-lopen</i>	Stijfheid van gewrichten / contracturen Valrisico verhoogd Pijn
Lichaamsbewegingen <i>- reiken / grijpen / een voorwerp bewegen of verplaatsen - bukken en knielen</i>	Decubitus (risico op) Incontinentie Oedeem Stompproblemen na amputatie Stemmingsveranderingen
Voortbewegen <i>- lopen binnen of buiten / traplopen - gebruik loophulpmiddel / rolstoel rijden</i>	<b>Overige</b>
Persoonlijke verzorging <i>- eten en drinken - wassen en verzorgen - aankleden en uitkleden / toiletgang</i>	Problemen bij / vragen over verzorging en / of transfers Vragen over (loop)hulpmiddelen
Verminderde bewegingsdrang	
Hobby's / dagbesteding	

Figuur 3: Stroomdiagram methode ontwikkelen CIFV

