

HANDLEIDING

TRIAGE

TOELICHTING

ZORG

INSTRUMENT

REVALIDATIE

GERIATRISCHE



versie maart 2013

INHOUD

1 INLEIDING	3
2 ALGEMEEN	4
2.1 REVALIDATIEZORG	4
<i>GERIATRISCHE REVALIDATIEZORG EIND 2012</i>	4
<i>VERHOUDING GRZ EN MSR</i>	4
2.2 UNIFORME WERKWIJZE	5
2.3 EXPERTISE ALGEMEEN	5
2.4 COMMUNICATIE	5
3 TOELICHTING TRIAGE PER STAP	7
3.1 TOELICHTING STAP 1: SCREENING	7
3.1.1 BIJ WELKE PATIËNTEN WORDT DE SCREENING GEDAAN?	7
3.1.2. WELKE ZORGVERLENER SCREENT?	7
3.1.3. HOE WORDT DE SCREENING GEDAAN?	7
<i>DE SCREENINGSVRAGEN</i>	8
<i>DE ANTWOORDEN</i>	8
<i>HERSCREENING/HERTRIAGE</i>	9
<i>UITGESTELDE TRIAGE</i>	9
3.1.4. AFSPRAKEN EN COMMUNICATIE OVER SCREENING	9
3.1.5. WELKE PATIËNTEN WORDEN NIET VERDER GETRIEERD?	9
3.2 TOELICHTING STAP 2: PATIËNTPROFIEL BEPALEN	10
3.2.1. PROCES NADER IN BEELD	10
3.2.2. DE ELEMENTEN VAN HET PATIËNTPROFIEL	10
<i>EENHEID VAN TAAL: ICF</i>	10
<i>BOUWSTENEN</i>	11
<i>ORDENING BOUWSTENEN → ONDERSCHIEDENDE FACTOREN</i>	11
1 MEDISCHE STABILITEIT	12
2 INTENSITEIT VAN DE (REVALIDATIE)THERAPIE	12
* Functionele prognose * Belastbaarheid * Leer- en trainbaarheid	
3 SPECIALISATIE VAN DE (REVALIDATIE)THERAPIE	15
4 MOTIVATIE	15
3.2.3. WIE LEVEREN INFORMATIE VOOR HET PATIËNTPROFIEL	15
<i>ALGEMEEN</i>	15
<i>LEVEREN VAN SPECIFIEKE INFORMATIE – VOORBEELDEN</i>	15
<i>EIGEN INVULLING</i>	16
3.3 TOELICHTING STAP 3: SCORING, WEGING EN INDICERING	17
3.3.1 SCORING	17
<i>ALGEMEEN</i>	17
<i>SPECIFIEK: SCORING INTENSITEIT THERAPIE (onderscheidende factor 2)</i>	17
<i>SCORING OVERIGE ONDERSCHIEDENDE FACTOREN 1, 3 en 4.</i>	19
* MEDISCHE STABILITEIT (1) * SPECIALISATIE THERAPIE (3) * MOTIVATIE (4)	
3.3.2 INDICERING VOOR TYPE REVALIDATIE	20
<i>ALGEMEEN</i>	20
<i>WEGING ONDERSCHIEDENDE FACTOREN EN INDICERING: 3 OPTIES</i>	20
<i>INDICATIE</i>	20
<i>VERWIJZING</i>	20
<i>WELKE ZORGINSTELLING LEVERT DE ARTSEN?</i>	20
3.4 TOELICHTING STAP 4: PLAATSING	21
<i>UITVOERING INDICATIEBESLUIT</i>	21
<i>OVERDRACHT VAN GEGEVENS</i>	21
<i>OPENING DBC NA DE PLAATSING</i>	21
4 TOELICHTING EINDVERANTWOORDELIJKHEID	22
<i>MEDISCH-INHOUDELIJK</i>	22
<i>JURIDISCH/FORMEEL</i>	22

1 INLEIDING

Op 1 juli 2012 is het triage instrument revalidatiezorg gepubliceerd.

Deze handleiding is in de vorm van een toelichting geschreven en is ontwikkeld om gebruikers behulpzaam te zijn bij het in de eigen praktijk toepassen van dit instrument. De toelichting is geschreven op basis van vragen van zorgprofessionals en organisaties die betrokken zijn bij de overheveling van de geriatrische revalidatiezorg (GRZ).

Om eenduidigheid te bevorderen, concretiseert de toelichting definities, begrippen en aanbevelingen uit het triage instrument. Triage is een in een kort tijdbestek gemaakte inschatting van het type revalidatiezorg waarmee de patiënt de beste resultaten zal halen. Die inschatting gebeurt aan de hand van een aantal bouwstenen die verwoord zijn in de vier stappen in het triage instrument. De definitieve indicatie voor geriatrische revalidatie wordt gesteld door de specialist ouderengeneeskunde. De revalidatiearts is verantwoordelijk voor de indicatiestelling medisch specialistische revalidatie. Zij zullen daarvoor mede gebruikmaken van de expertise en informatie die verschillende zorgverleners in het ziekenhuis kunnen leveren.

Het triage instrument biedt een structuur voor het methodisch doorlopen van de stappen die in de triage doorlopen moeten worden. De wijze waarop deze stappen concreet worden ingevuld, zal per organisatie en zorgketen kunnen en mogen verschillen. Dat betekent ook dat noch het triage instrument, noch deze toelichting het 'recept' geven dat onafhankelijk van de plaatselijke situatie exact dezelfde triage oplevert. Wel bieden zij een leidraad om op objectieve wijze voor en met de patiënt te bepalen of revalidatiezorg aangewezen is, welke revalidatiezorg aangewezen is en op welke plaats die het best geleverd kan worden.

Op veel plaatsen in Nederland zijn binnen zorgketens afspraken gemaakt over opname, overdracht en behandeling. Met de nieuwe wijze van triëren, zullen deze afspraken wellicht gedeeltelijk herzien moeten worden, maar de bestaande infrastructuur is van grote waarde.

Revalidatiezorg is volop in ontwikkeling. Elementen die nu deel uitmaken van het triage-instrument zullen na januari 2013 worden doorontwikkeld. Deze elementen zullen ook onderwerp van wetenschappelijk onderzoek moeten zijn. Het aanscherpen van de triage door de uitwerking van patiëntprofielen, mogelijk per diagnosegroep, de toepassing van meetinstrumenten en het vaststellen van afkappunten zijn voorbeelden van zaken die doorontwikkeld zullen worden. Hierdoor kunnen beslissingen in de triage in de toekomst beter worden geëxpliciteerd.

Bij de zichtbare en gevoelde onzekerheden die een verandering als deze met zich meebrengt, is er de zekerheid dat triage mensenwerk is dat wordt gedaan door experts. Binnen de werkgroepen die zich hebben gewijd aan het triage instrument is benadrukt dat, hoe graag de artsen en paramedici ook met hard cijfermateriaal hun beslissingen willen onderbouwen, de 'klinische blik' van de betrokken professionals nog steeds het meest geschikte instrument is om de kwetsbare patiënten waarmee zij te maken hebben aan de best passende zorg te koppelen.

2 ALGEMEEN

2.1 REVALIDATIEZORG

GERIATRISCHE REVALIDATIEZORG EIND 2012

Geïntegreerde multidisciplinaire zorg die is gericht op verwacht herstel van functioneren en participatie bij kwetsbare patiënten met complexe problematiek na een acute aandoening of functionele achteruitgang.

Door de minister is dit in 2011 geconcretiseerd en zijn de volgende criteria opgenomen:

- Er heeft medisch-specialistische diagnostiek/interventie plaatsgevonden, waarbij *doorgaans*¹ sprake is geweest van een opname en deze is afgerond;
1) In 2012 is het woord 'doorgaans' uit de zorgaanspraken GRZ, waardoor alleen nog opgenomen patiënten onder deze definitie vallen.
- In aansluiting hierop is behoefte aan revalidatiebehandeling zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden en die een integrale en multidisciplinaire aanpak vereist;
- Naast de aandoening waarvoor de patiënt wordt gerevalideerd heeft de patiënt ook andere problemen in de zin van kwetsbaarheid en comorbiditeit (zoals problemen met de bloedsomloop, psychogeriatrische aandoeningen, het bewegingsapparaat en/of metabole stoornissen), die in combinatie² tot verminderde leer- en trainbaarheid leiden;
2) Toelichting: lees: in combinatie met de aandoening waarvoor wordt gerevalideerd.
- Het betreft revalidatie op basis van een behandelplan (vrijwel altijd in combinatie met verzorging en/ of begeleiding) die direct aansluit op een medische interventie door een medisch specialist;
- De behandeling richt zich op terugkeer naar de thuissituatie of het verzorgingshuis.

HOE VERHOUDEN GERIATRISCHE EN MEDISCH SPECIALISTISCHE REVALIDATIEZORG (MSR) ZICH?

MSR en GRZ zijn complementair en niet concurrerend. Dat blijkt o.a. uit de cijfers van de doorstroom vanuit de GRZ naar de MSR die bekend zijn vanuit de proeftuinen GRZ. Regelmatig wordt de geriatrische revalidatiesetting gebruikt als brug naar de intensievere revalidatie waarbij er soms ook sprake is van specifieke revalidatievragen zoals arbeidsintegratie of cognitieve revalidatie. Er is op dit moment al een intensieve samenwerking tussen de revalidatieartsen en de specialisten ouderengeneeskunde.

2.2 UNIFORME WERKWIJZE

Voor een goed inzicht in de geleverde zorg, is het wenselijk dat uniform en kwalitatief adequaat wordt getrieerd voor geriatrische revalidatiezorg. Hoewel het niet gebruiken van het triage instrument formeel niet tot sancties zal leiden, is het noodzakelijk een adequate triage te doen. Organisaties zijn in de precieze wijze waarop zij het triage instrument vormgeven en implementeren vrij en dragen tegelijk daarin verantwoordelijkheid. Men dient zich te realiseren dat het triage instrument door multidisciplinaire (ook diagnosespecifieke) werkgroepen is ontwikkeld, waarbij ook door uitwisseling van argumenten overeenstemming is bereikt. Zonder het wiel opnieuw uit te vinden, zullen zorginstellingen met het triage instrument aan de slag moeten gaan, dat als veldnorm voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zal gelden.

2.3 EXPERTISE ALGEMEEN

Bij het toepassen van het triage instrument is kennis van revalidatie noodzakelijk, medisch specialistisch én geriatrisch. Het uitgangspunt is dat voldoende inhoudelijke expertise aanwezig moet zijn bij betrokken zorgprofessionals. Adequate triage bij kwetsbare patiënten, vraagt om relevante kennis, vaardigheden en de klinische blik van betrokken artsen, paramedici en verpleegkundigen ten aanzien van complexe geriatrische problematiek. Voor triage en revalidatie bij geriatrische patiënten is multidisciplinair werken noodzakelijk. Voor samenhangende zorg dient de regie gevoerd te worden met overzicht over de gehele keten, waar ziekenhuis, verpleeghuis en de thuissituatie alle deel van uitmaken. Om die reden is de patiënt gebaat bij professionals met expertise als 'ketenregisseur' zoals specialisten ouderengeneeskunde (kaderartsen revalidatie spelen hierbij een belangrijke rol) en revalidatieartsen (met geriatrische expertise). Zij dienen proactief de triage aan te sturen en daarbij in het oog te houden dat dit een dynamisch proces is. Door de mogelijkheid van (snelle) veranderingen in het functioneren van de patiënt, is goede monitoring en eventueel hertriage(s) aangewezen.

2.4 COMMUNICATIE

Specialist ouderengeneeskunde en revalidatiearts maken onderling afspraken over hun rol in de triage en zij communiceren daarover met alle bij de triage betrokken disciplines (zie ook 3.2.3, pagina 13). Het moet duidelijk zijn wie met welke informatie bijdraagt aan een goede triage. Zo ook in welke situatie de verpleegkundige of andere zorgverlener bij twijfel over de uitkomst van de screening de specialist ouderengeneeskunde, de revalidatiearts of beiden moet raadplegen. Deze opties moeten door specialist ouderengeneeskunde en revalidatiearts afgestemd en vastgelegd zijn.

Omdat behandelend/ontslaand medisch specialisten zich ook verantwoordelijkheid voelen voor het zorgtraject van de patiënt, geeft dat specialisten ouderengeneeskunde en revalidatieartsen de verantwoordelijkheid te laten zien hoe zij triëren en indiceren, welke informatie zij hiervoor nodig hebben en uiteindelijk ook welke resultaten de triage geeft.

Goede communicatie en consultatie tussen ziekenhuis en GRZ/MSR instelling bepaalt voor een belangrijk gedeelte de kwaliteit van de triage. Het proces en de procedures moeten bekend zijn bij alle betrokkenen, omdat de tijd voor het doen van een triage

beperkt kan zijn. Goede afstemming op en over de zorgvraag en de behandeldoelen van de patiënt zijn wezenlijk. Patiënten dienen zo goed mogelijk geïnformeerd te zijn over de mogelijkheden en grenzen van de revalidatiebehandeling.

Er zal na het ingaan van de nieuwe wijze van triëren goed afgestemd moeten worden en gecommuniceerd moeten worden over en geleerd moeten worden van goede en minder goede ervaringen.

3 TOELICHTING TRIAGE PER STAP

3.1 TOELICHTING STAP 1: SCREENING

3.1.1 BIJ WELKE PATIËNTEN WORDT DE SCREENING GEDAAN?

Een belangrijke vraag is of triage voor revalidatie ook bij jonge(re) patiënten gedaan moet worden. Zowel MSR als GRZ zijn multidisciplinaire vormen van behandeling. Om te voorkomen dat patiënten in een revalidatiesetting terecht komen terwijl een monodisciplinaire behandeling adequaat zou zijn, geeft de screening als eerste keuzemoment in de triage antwoord op de vraag of voor de patiënt daadwerkelijk revalidatie, dus multidisciplinaire, behandeling nodig is.

Na die beslissing wordt pas de keus gemaakt of MSR of GRZ wordt aangewezen, want hoewel gemiddeld in de MSR jongere en in de GRZ oudere patiënten behandeld worden, is de kalenderleeftijd een onvoldoende betrouwbaar criterium voor een passende indicering. Daarom is het noodzakelijk dat alle patiënten die in aanmerking zouden kunnen komen voor revalidatie, gescreend worden.

Omdat de screening, net als de andere stappen van de triage, door professionals met voldoende relevante expertise wordt gedaan, zullen in het merendeel van de gevallen de screeningsvragen relatief eenvoudig beantwoord kunnen worden.

3.1.2. WELKE ZORGVERLENER SCREENT?

De screening wordt uitgevoerd door zorgverleners van niveau 4 of hoger, d.w.z. een verpleegkundige niveau 4 of 5 of een arts. In praktijk zal de screening veelal gedaan worden door verpleegkundigen. Een zorgverlener die de screening uitvoert, is bij voorkeur werkzaam op de afdeling waar de patiënt vandaan komt en heeft expertise ten aanzien van de diagnose van deze patiënt. Deze zorgverlener dient goed ingevoerd te zijn in de criteria voor revalidatie en is door de specialist ouderengeneeskunde en/of de revalidatiearts geïnstrueerd om aan de hand van de twee screeningsvragen van het triage-instrument te bepalen of er (blijvende) beperkingen zullen zijn.

3.1.3. HOE WORDT DE SCREENING GEDAAN?

Degene die de screening uitvoert, maakt binnen 24 uur na opname of voorafgaand aan ziekenhuisopname bij electieve ingrepen op basis van de algemene anamnese, gegevens van de behandelend specialist en de vragen uit het VMS kwetsbare ouderen een inschatting of de patiënt in aansluiting op de ziekenhuisopname beperkingen zal houden en of deze monodisciplinaire behandeling of multidisciplinaire behandeling nodig zal hebben. In 2013 wordt VMS verplicht gesteld en zou in elk ziekenhuis deze gegevens beschikbaar moeten zijn.

Het VMS richt zich alleen op patiënten boven 70 jaar en screent op vier indicatoren voor kwetsbaarheid (delier, vallen, ondervoeding, fysieke beperkingen). De triagewerkgroep heeft aangegeven dat deze leeftijdsgrens arbitrair is, dat ook jongere (kwetsbare) kandidaten voor revalidatie in de screening meegenomen moeten worden en dat meer dan de vier indicatoren moeten worden meegenomen voor de screening op revalidatie.

DE SCREENINGSVRAGEN

1 Zijn er één of meer aandoeningen die (na ziekenhuisopname) (blijvende) beperkingen opleveren?

2 Heeft de patiënt voor het opheffen/verminderen van de beperkingen meer hulp nodig dan basis monodisciplinaire³ behandeling en/of basis verpleegkundige zorg?

3) → monodisciplinaire zorg = basismedische zorg (inclusief verzorging) + één andere behandelaar.

Verzorging/verpleging horen bij basiszorg, net als basismedische zorg.

De basis monodisciplinaire behandeling wordt bijvoorbeeld geleverd door de huisarts. Deze verwijst zo nodig naar een fysiotherapeut of andere behandelaar.

→ **multidisciplinaire** zorg = gespecialiseerde medische zorg, bijvoorbeeld specialist ouderengeneeskunde bij GRZ of revalidatiearts bij MSR.

NB: het aantal behandelende disciplines is onderscheidend voor de vraag of revalidatie al dan niet geïndiceerd is, maar niet onderscheidend voor de keuze MSR – GRZ.

DE ANTWOORDEN

Mogelijke antwoorden op de screeningsvragen zijn JA, NEE of WEET NIET. Hieronder staan (combinaties van) antwoorden en de conclusies die eruit getrokken kunnen worden.

ANTWOORD VRAAG 1	ANTWOORD VRAAG 2	CONCLUSIE
NEE	<i>Niet van toepassing i.v.m. NEE vraag 1</i>	Revalidatiezorg is voor deze patiënt niet van toepassing.
JA	NEE	Er is sprake van basis monodisciplinaire behandeling en/of verpleegkundige zorg. Revalidatiezorg is voor deze patiënt niet van toepassing.
JA	JA	Revalidatiezorg is van toepassing. Stap 2 van de triage revalidatiezorg wordt ingezet.
JA	WEET NIET	De specialist ouderengeneeskunde of revalidatiearts wordt bij de screening betrokken.
WEET NIET	<i>Nog niet van toepassing</i>	Indien alle voorhanden zijnde informatie, inclusief die van de behandelend specialist geen uitsluitel geeft, wordt de specialist ouderengeneeskunde of revalidatiearts bij de screening betrokken.

HERSCREENING/HERTRIAGE

Het is belangrijk zo mogelijk regelmatig te evalueren (monitoring) of de prognose nog klopt, omdat het functioneren tijdens ziekenhuisopname snel kan veranderen. Dit geldt overigens voor elke stap in de triage.

UITGESTELDE TRIAGE

Als het inventariseren van de patiëntkenmerken en de onderscheidende factoren door de toestand van de patiënt niet of nauwelijks mogelijk blijkt te zijn en indicering niet mogelijk is, zal de triage uitgesteld moeten worden.

3.1.5. AFSPRAKEN EN COMMUNICATIE OVER SCREENING

Revalidatiearts en specialist ouderengeneeskunde maken onderling afspraken over hun rol in de screening en de wijze waarop zij geconsulteerd worden. Het ligt voor de hand dat bij de triage van kwetsbare ouderen de specialist ouderengeneeskunde de eerst aangewezen arts is. Bij jongeren, niet-kwetsbare ouderen en patiënten met amputaties de revalidatiearts. Bij overlap vindt onderlinge afstemming plaats. In welke situatie de verpleegkundige of andere zorgverlener bij twijfel over de uitkomst van de screening de specialist ouderengeneeskunde en in welke situatie hij/zij de revalidatiearts moet raadplegen, moet door specialist ouderengeneeskunde en revalidatiearts afgestemd en vastgelegd zijn.

Wanneer er vaak 'bespreekgevallen' zijn, zou het effectief en doelmatig kunnen zijn als de specialist ouderengeneeskunde (en revalidatiearts) consultatief werkzaam is in het ziekenhuis.

3.1.6. WELKE PATIËNTEN WORDEN NIET VERDER GETRIEERD?

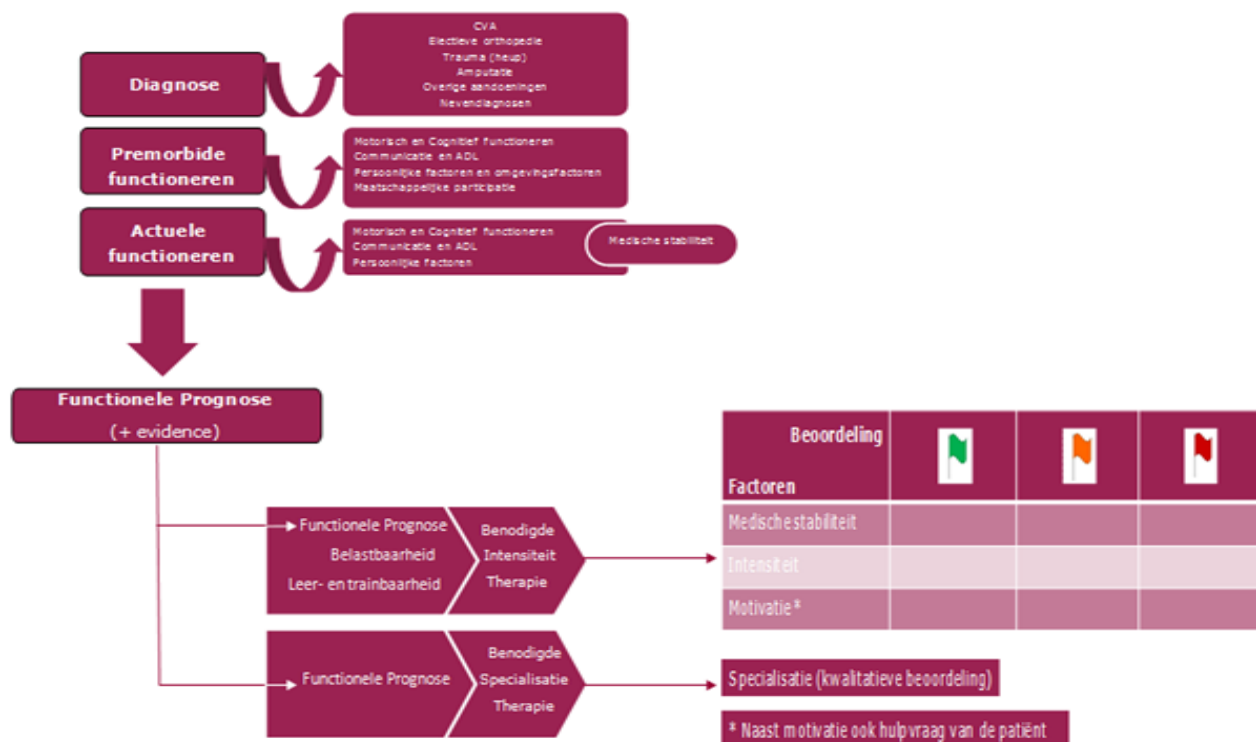
Er wordt via de screening kritisch gekeken of GRZ/MSR de juiste zorgvorm voor de patiënt is. Voorkomen moet worden dat patiënten terechtkomen bij GRZ, terwijl er van revalidatie (nog) geen sprake zal zijn. Het gaat dan om situaties waarin er weinig tot geen uitzicht op terugkeer naar huis was i.v.m. reeds bestaande zorgproblematiek en/of overbelasting van de mantelzorg en/of gebrek aan motivatie van de patiënt en/of de mantelzorger; er eigenlijk geen revalidatiezorg maar palliatieve zorg nodig is; de patiënt dermate laag belastbaar is dat revalidatie nauwelijks zinvol meer is of dat pas wordt na een periode van herstel (in het geval dat patiënt de eerste weken niet of nauwelijks gemobiliseerd kan worden); ernstiger (soms tijdelijke) cognitieve beperking aanwezig bleek dan vooraf was ingeschat en die de revalidatiemogelijkheden ernstig beperkten (bijvoorbeeld bij een delier).

Door de triage is de kans kleiner dat bovengenoemde patiënten ten onrechte in GRZ geplaatst worden. Dat roept in een aantal situaties de vraag op hoe deze patiënten wel op de goede plek terechtkomen. In het veld is er bezorgdheid over de mogelijkheden om vanaf 2013 optimale zorg te bieden.

3.2 TOELICHTING STAP 2: PATIËNTPROFIEL BEPALEN

3.2.1. PROCES NADER IN BEELD

In het triage instrument wordt het proces om te komen tot de functionele prognose en vervolgens tot het bepalen van de intensiteit en de specialisatie van de revalidatiebehandeling weergegeven door de afbeeldingen op pagina 13 en 14 van het triage instrument. In figuur 1 zijn deze afbeeldingen bij elkaar geplaatst om de directe relaties zichtbaar te maken.



Figuur 1: proces triage in één schema

In de volgende paragrafen worden de onderdelen van dit proces nader belicht.

3.2.2. DE ELEMENTEN VAN HET PATIËNTPROFIEL

EENHEID VAN TAAL: ICF

Zoals beschreven gaat het bij elke vorm van revalidatie om herstel van 'functioneren en participatie'. Deze terminologie komt voort uit de ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health. zie voor meer informatie bijvoorbeeld <http://www.rivm.nl/who-fic/in/ICFwebuitgave.pdf>. Het triage instrument en daaraan voorafgaand behandelkader GRZ gaan uit van ICF als 'taal' om probleemstelling, zorgbehoefte, participatiedoelen etc. te verwoorden. De ICF terminologie wordt gebruikt in het triage instrument bij het in kaart brengen van het patiëntprofiel. Hoewel ICF als taal steeds vaker wordt gebruikt, bijvoorbeeld door revalidatieartsen, specialisten ouderengeneeskunde, paramedici en verpleegkundigen, wordt de terminologie niet door alle zorgprofessionals toegepast. Voor een goed begrip tussen alle betrokkenen bij de triage (artsen, paramedici, verpleegkundigen) is dit een aandachtspunt bij de communicatie rond de triage.

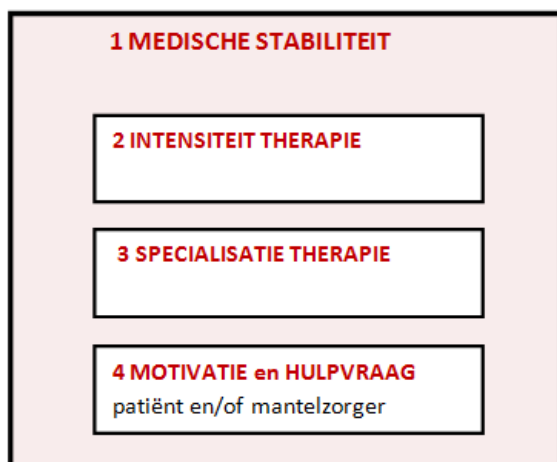
BOUWSTENEN

Zoals in het triage instrument wordt beschreven, vormt het patiëntprofiel het uitgangspunt voor de beslissing welke vorm van revalidatie het meest geschikt is voor de patiënt. Door de triagewerkgroep zijn de belangrijkste factoren gedefinieerd die een patiëntprofiel bepalen en die beslissend zijn in de triage:

1. Medische stabiliteit
2. Functionele prognose
3. Belastbaarheid
4. Leerbaarheid
5. Trainbaarheid
6. Benodigde intensiteit therapie
7. Benodigde specialisatie therapie
8. Motivatie van patiënt en patiëntstelsel

ORDENING BOUWSTENEN → ONDERSCHIEDENDE FACTOREN

In deze opsomming van bouwstenen is een ordening aangebracht waardoor het proces van de indicering zijn vorm heeft gekregen. De definitieve indicering wordt op basis van de vier onderscheidende factoren in figuur 2 bepaald.



Figuur 2: onderscheidende factoren schematisch

1 MEDISCHE STABILITEIT

De medische stabiliteit is volgens de triagewerkgroepen bij het bepalen van het type revalidatie een zwaarwegende factor. De definitie van medische stabiliteit was volgens het triage instrument (pagina 8) oorspronkelijk: *'Evenwicht in de (vitale) functies van een patiënt zodanig dat zijn gezondheidstoestand niet of nauwelijks verandert.'*

Deze definitie is weliswaar correct, maar geeft niet veel houvast bij de triage. Om die reden is de definitie aangescherpt tot:

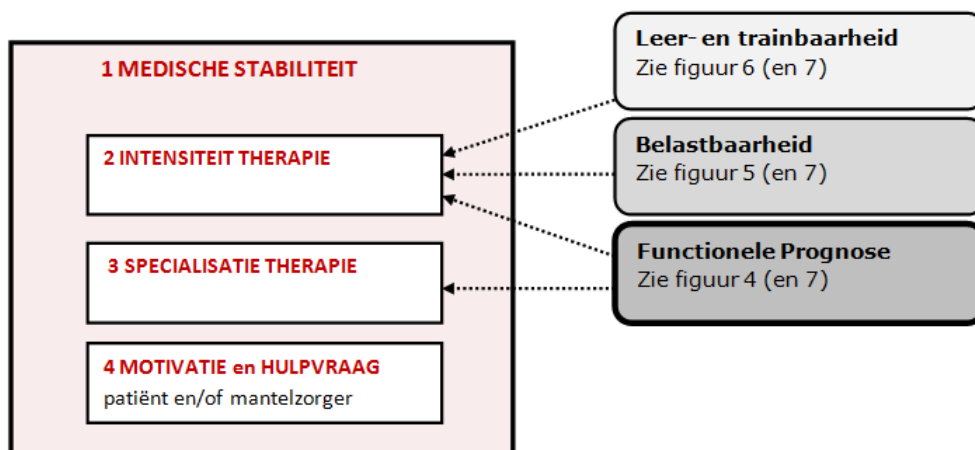
'Medische toestand, waarin geen acute verstoring van orgaan of lichaamsfuncties verwacht wordt, die het herstel- en revalidatieproces negatief beïnvloedt of aanleiding geeft tot een acute ziekenhuisopname en/of overlijden.'

Bij **instabiliteit** kan men denken aan hartfalen, COPD en interne problematiek. Patiënten die (te) instabiel zijn, komen niet aan revalidatie toe. Medische instabiliteit leidt in praktijk ook regelmatig tot (snelle) heropname. Patiënten zijn soms onvoldoende geïnformeerd over grenzen in de revalidatiebehandeling waardoor irreële verwachtingen ontstaan. Overleg en een goede afweging van argumenten tussen behandelaars en de patiënt en zijn naasten zijn van groot belang voor een goed verwachtingenmanagement.

Bij instabiliteit zou vaker vooraf overleg tussen de medisch specialist en de specialist ouderengeneeskunde moeten plaatsvinden, juist om te kunnen bepalen wat nog wel mogelijk is. Voor patiënten in een wankel evenwicht en met beperkte reservevermogen na een acute aandoening, kan revalidatie in een geriatrische setting en/of onder regie van een arts met ouderengeneeskundige expertise een maatoplossing zijn.

2 INTENSITEIT VAN DE (REVALIDATIE)THERAPIE

Intensiteit van de therapie is naast de medische stabiliteit de belangrijkste onderscheidende factor. De intensiteit wordt bepaald op grond van de functionele prognose, de belastbaarheid en de leer- en trainbaarheid van de patiënt. In figuur 3 is dit zichtbaar gemaakt.



Figuur 3: onderscheidende factoren en de samenhang met functionele prognose, belastbaarheid en leer- en trainbaarheid.

Functionele prognose, belastbaarheid, leer- en trainbaarheid worden hierna verder toegelicht.

Functionele prognose

Kern van het bepalen van het profiel wordt gevormd door de functionele prognose die afhankelijk is van herstelmechanismen van de aandoening. De herstelmechanismen van de aandoening zijn te beïnvloeden door therapie.

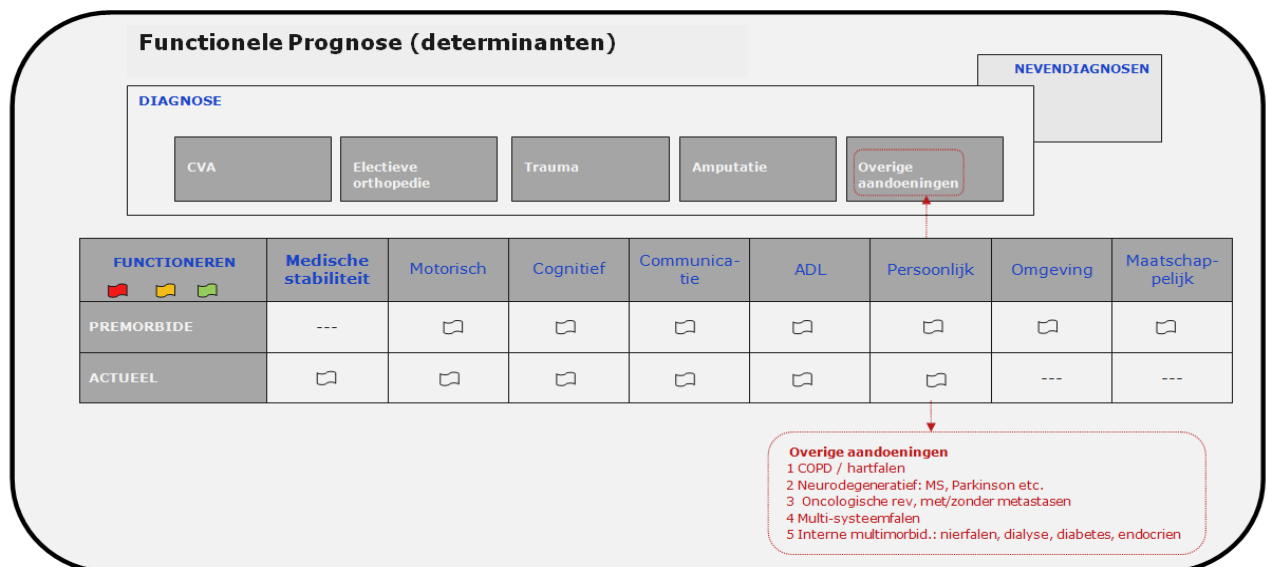
Het vaststellen van de functionele prognose gebeurt door de specialist ouderengeneeskunde bij patiënten met revalidatievragen, complexe multimorbiditeit en kwetsbaarheid. De revalidatiearts stelt de functionele prognose vast bij patiënten met complexe revalidatievragen. Zo nodig stellen de specialist ouderengeneeskunde en de revalidatiearts gezamenlijk de functionele prognose vast. Zij maken hierbij mede gebruik van gegevens en analyses die door andere disciplines worden aangeleverd.

De functionele prognose is af te leiden uit de volgende gegevens:

1. de diagnose
2. de nevendiaagnosen (multi- en/of comorbiditeit)
3. het premorbide functioneren (zie determinanten)
4. het actuele functioneren (zie determinanten)
5. de medische stabiliteit.

In figuur 4 zijn de determinanten van de functionele prognose schematisch in beeld gebracht. In de verschillende triagewerkgroep(en) bleken er uit geïnventariseerde determinanten van de functionele prognose een gemeenschappelijke 'lijst' te formuleren. Het definiëren van de determinanten van belastbaarheid en leer- en trainbaarheid bleek lastig te zijn omdat er door professionals impliciet gebruik wordt gemaakt van verschillende definities van deze begrippen. Het gebruik van de hier opgevoerde determinanten is bedoeld om eenheid van taal te stimuleren, maar het is denkbaar dat huidige omschrijvingen lokaal iets verschillen.

In het schema zijn bij de factoren die het functioneren bepalen zogenaamde 'vlaggen' aangebracht. Met rood (slecht), oranje (matig) en groen (goed) wordt op grond van de beschikbare gegevens en beoordelingen een weging gegeven (zie 3.3).



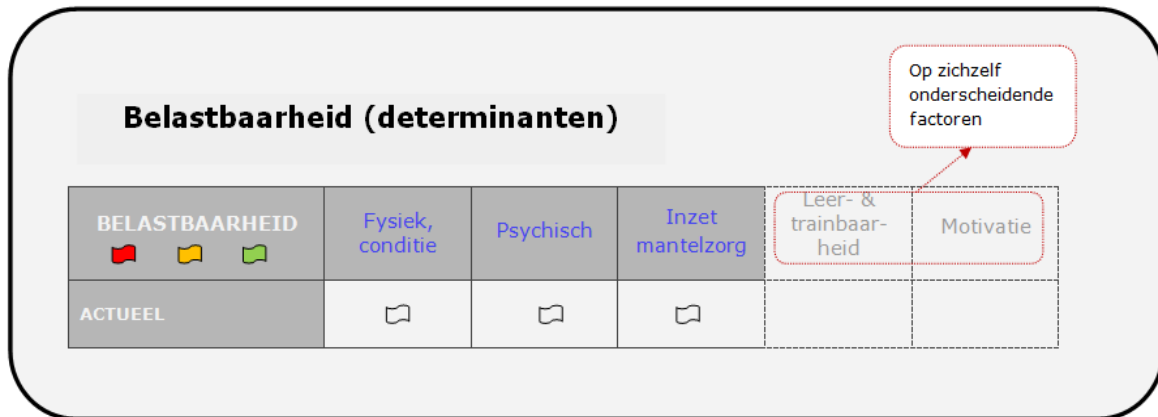
Figuur 4: determinanten functionele prognose

In de loop van de tijd kan de functionele prognose verbeteren of verslechteren. Het bepalen van de functionele prognose, en daarmee de triage, is dus een dynamisch proces.

Belastbaarheid

De definitie van belastbaarheid (pagina 7 triage instrument) is: het conditioneel, motivationeel, psychisch en fysiek aankunnen van een bepaalde hoeveelheid aan (revalidatie) activiteiten, waarbij tevens de inzetbaarheid van de mantelzorg in de thuissituatie wordt betrokken.

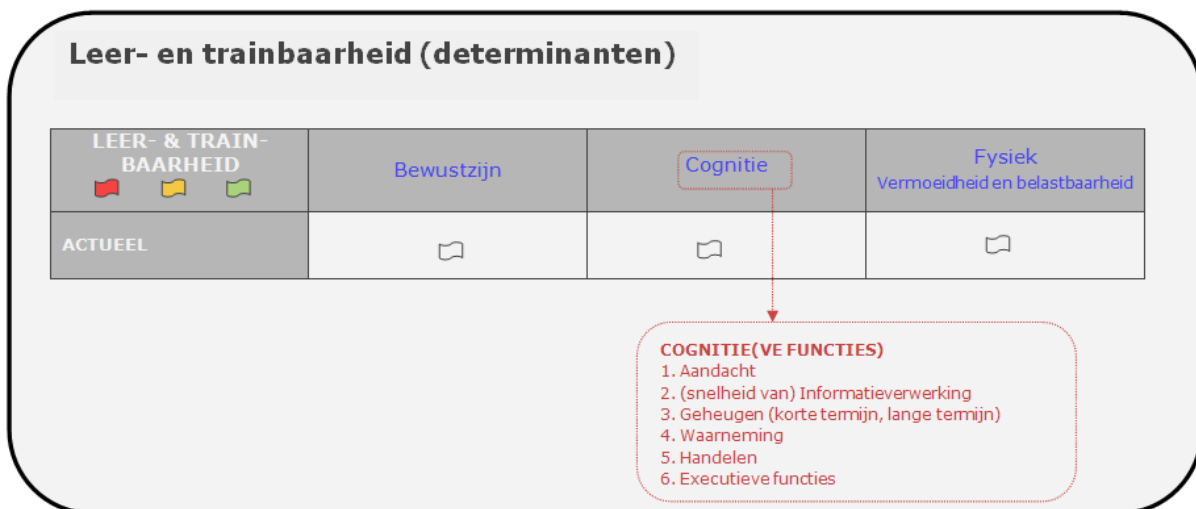
Belastbaarheid bepaalt uiteraard mede de mogelijke en gewenste intensiteit van de revalidatie. In figuur 5 zijn determinanten van belastbaarheid in beeld gebracht. Van deze determinanten maken leer – en trainbaarheid en motivatie deel uit. Deze twee determinanten vormen op zichzelf staande factoren en worden daarom niet gescoord onder belastbaarheid.



Figuur 5: determinanten belastbaarheid

Leer- en trainbaarheid

Tenslotte zijn leer- en trainbaarheid bepalend voor het bepalen van de intensiteit van de revalidatiezorg. In figuur 6 zijn determinanten van leer- en trainbaarheid in beeld gebracht. Bij deze determinanten is er overlap met determinanten van de functionele prognose en de belastbaarheid.



Figuur 6: determinanten leer- en trainbaarheid

3 SPECIALISATIE VAN DE (REVALIDATIE)THERAPIE

Aan de hand van de functionele prognose wordt ook de specialisatie van de therapie bepaald. Dit is een kwalitatieve beoordeling, waarbij de wordt gekeken welke specifieke therapieën, competenties en randvoorwaarden voor de betreffende patiënt van belang zijn.

4 MOTIVATIE

In de triagewerkgroepen is geconcludeerd dat motivatie geen scherpomlijnd begrip is en dat er zorgvuldig mee moet worden omgegaan. Hier volgen een paar overwegingen. Voor motivatie is informatie van wezenlijk belang. De patiënt (het patiëntstelsel) dient op de hoogte te zijn van de eigen situatie en mogelijkheden en vervolgens van de behandelopties die daar het best op aansluiten. De aandoening van de patiënt, bijvoorbeeld een CVA, kan met zich meebrengen dat – tijdelijk - intrinsieke motivatie niet te verwachten is. De motivatie van betrokken naasten van de patiënt kan een andere zijn dan die van de patiënt zelf. Het kan zijn dat in een bepaalde fase zorgverleners motiverend optreden. Het is nuttig om intrinsieke en extrinsieke motivatie van patiënt, naasten en zorgverleners te onderscheiden om een betrouwbare inschatting te kunnen maken van de rol van de motivatie bij de revalidatie zal spelen.

3.2.3. WIE LEVEREN INFORMATIE VOOR HET PATIËNTPROFIEL

ALGEMEEN

Geriatrische revalidatie vindt volgens de definities plaats na medisch specialistische interventie en de setting is daarmee in principe het ziekenhuis. Deze vorm van triage is een nieuwe stap in de toewijzing van patiënten voor geriatrische revalidatie. Indicering voor geriatrische revalidatie is niet nieuw.

Medisch specialisten, andere behandelaars en verpleegkundigen geven aan dat zij hiervoor toegerust zijn en hun expertise is dan ook onmisbaar. Zij spelen bijvoorbeeld een belangrijke rol in de:

- ✓ beoordeling van de medische stabiliteit
- ✓ beoordeling en meting van de determinanten van premorbide en actueel functioneren
- ✓ inschatting van ontslagdatum
- ✓ communicatie met de bij de triage betrokken disciplines

De specialist ouderengeneeskunde triert vanaf 01-01-2013 voor geriatrische revalidatie en is verantwoordelijk voor de indicatie GRZ. De revalidatiearts triert voor medisch specialistische revalidatie, is verantwoordelijk voor de indicatiestelling en werkt bij twijfel tussen GRZ en MSR samen met de specialist ouderengeneeskunde om te komen tot een beslissing. De uitdaging is om met respect voor en effectief gebruik van elkaars expertise de patiënt de optimale revalidatiezorg te laten krijgen.

LEVEREN VAN SPECIFIEKE INFORMATIE – VOORBEELDEN

Hieronder worden een paar voorbeelden gegeven van gegevens en degenen die ze aan kunnen leveren.

Het stellen van de primaire **diagnose** is door de behandelend medisch specialist gedaan. De beoordeling van de **medische stabiliteit** zal in eerste instantie door de behandelend medisch specialist worden gedaan. Omdat aan het begrip medische stabiliteit binnen verschillende settings een iets verschillende betekenis kan worden gegeven (zie 3.2.2. bij 'onderscheidende factoren'), zal nadere nuancerings soms noodzakelijk zijn en zal voor

revalidatietriage ook de inschatting van de stabiliteit door de specialist ouderengeneeskunde nodig kunnen zijn.

Een inschatting van de verwachte ontslagdatum na het beëindigen van de medisch-specialistische interventie gebeurt onder verantwoordelijkheid van de behandelend medisch specialist.

Nevendiagnosen, voor zover vastgesteld, zouden in het dossier terug te vinden moeten zijn en dus bekend moeten zijn bij de behandelend specialist. Indien meer informatie over de geschiedenis noodzakelijk is, is deze bij de huisarts bekend. Deze heeft ook inzicht in eerder gestelde diagnoses en interventies door bijvoorbeeld andere medische, paramedische en psychologische disciplines.

Bij de inventarisatie van de determinanten van **premorbidie en actueel functioneren** t.a.v. motoriek, cognitie, communicatie, ADL, persoonlijke eigenschappen en omstandigheden, omgevingsfactoren en maatschappelijke participatie zijn vele verschillende disciplines betrokken. Anamnestiche en heteroanamnestiche gegevens van de patiënt en diens naasten, klinimetrische gegevens e.d. zijn bekend bij of worden verzameld door o.a. onderstaande disciplines.

- ✓ Verpleegkundige (verpleegkundig specialist, nurse practitioner van afdelingen en polikliniek ziekenhuis, evt. casemanagers)
- ✓ Paramedici, zoals fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten
- ✓ Neuroloog
- ✓ Orthopedisch chirurg
- ✓ Vaatchirurg
- ✓ Internist/internist ouderengeneeskunde
- ✓ Klinisch geriater
- ✓ Oncoloog
- ✓ Reumatoloog
- ✓ Andere medisch specialisten
- ✓ Maatschappelijk werkende
- ✓ Transferverpleegkundige

Het inventariseren en aanleveren van gegevens dient bij voorkeur zo vroeg mogelijk in het proces gedaan te worden, liefst binnen 24 uur na opname.

De medisch specialist geeft vroegtijdig aan wanneer de patiënt naar een vervolgvoorziening kan worden overgeplaatst. Een van de taken van de medisch specialist is tevens ervoor te zorgen dat in een zo vroeg mogelijk stadium er aan gedacht wordt dat een patiënt voor revalidatiezorg in aanmerking kan komen. Indien de patiënt in aanmerking komt voor revalidatiezorg, schakelt de medisch specialist de revalidatiearts of de specialist ouderengeneeskunde in.

De specialist ouderengeneeskunde en revalidatiearts zullen hun eigen oordeel moeten vormen, voor een belangrijk deel mede op grond van informatie die afkomstig is van de andere experts.

EIGEN INVULLING

Zoals eerder gezegd zal de exacte wijze waarop de triage wordt vormgegeven per zorgorganisatie verschillen. Dit geldt ook voor de zorgverleners die in het ziekenhuis werkzaam zijn en bij de triage betrokken zijn. Om die reden zal specifieke voor de triage relevante informatie niet altijd door eenzelfde zorgverlener aangeleverd worden.

3.3 TOELICHTING STAP 3: SCORING, WEGING EN INDICERING

In de triagewerkgroep(en) zijn de mogelijkheden verkend om een kwantitatieve weging te maken op grond van klinimetrie. Hoewel dit uiteindelijk de voorkeur verdient en door veel ziekenhuizen / revalidatiecentra / verpleeghuizen klinimetrie wel wordt toegepast, is het bij de huidige stand van zaken slechts deels mogelijk. Bovendien zijn de mogelijkheden per diagnose(groep) nog zeer verschillend. En hoewel er bij sommige diagnoses veel vooruitgang wordt geboekt, is er over het algemeen nog te beperkt onderbouwing mogelijk voor de betrouwbaarheid van meetinstrumenten, afkappunten en het wegen van de samenhang/interactie van determinanten.

Om bovenstaande reden is, naast de klinimetrische instrumenten die valide en beschikbaar zijn, de klinische blik van artsen met expertise op het gebied van revalidatie en geriatrie een leidende factor. Bij artsen die triëren, is specifieke kennis van de functionele prognose en dus van herstelmechanismen bij de betreffende diagnose vereist.

3.3.1 SCORING













ALGEMEEN




In het triage instrument (pagina 14 en 15) wordt gesproken van het gebruik van vlaggen waarmee de onderscheidende factoren een weging krijgen. Om tot weging te kunnen komen, worden ook bouwstenen van de patiëntprofielen die de onderscheidende factoren bepalen van een kleurscore (vlag) voorzien. De toepassing van de vlaggen is een suggestie die aan de eigen situatie van zorginstellingen en ketens aangepast kan worden.

SPECIFIEK: SCORING INTENSITEIT THERAPIE (onderscheidende factor 2)

De meest 'bewerkelijke' onderscheidende factor is de intensiteit van de therapie die wordt bepaald op grond van de functionele prognose, de belastbaarheid en de leer- en trainbaarheid van de patiënt.

In het schema zijn bij de factoren/determinanten die het functioneren bepalen gekleurde 'vlaggen' aangebracht (zie ook triage instrument pagina 14 en 15). Met rood, oranje of groen wordt een beoordeling gegeven aan de betreffende determinant en wordt inzichtelijk op welke onderdelen de patiënt naar het oordeel van de triageur goed, matig of slecht functioneert.

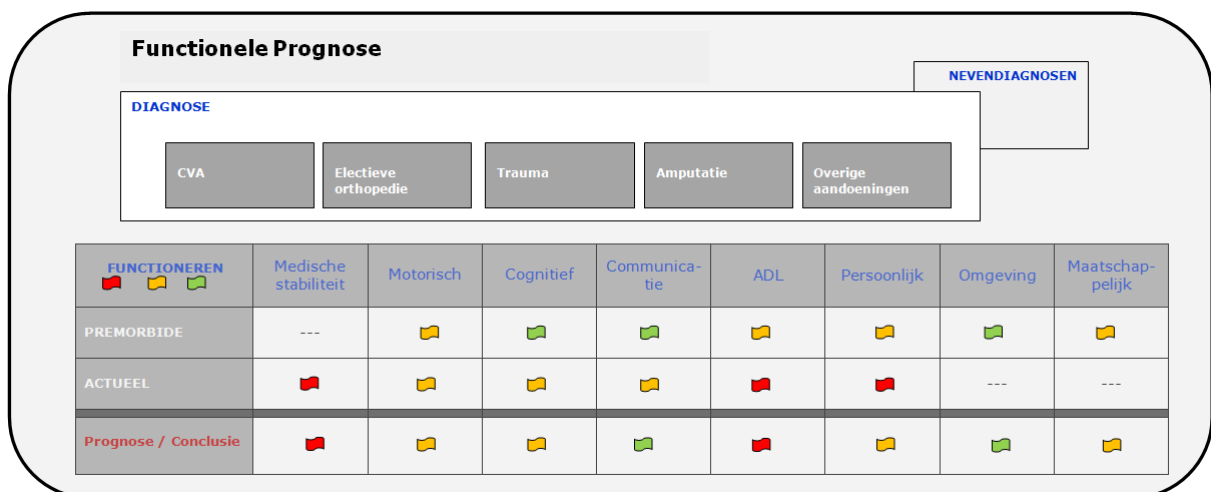
FUNCTIONEREN   	Determinant a	Determinant b	Determinant c
PREMORBIDE			
ACTUEEL			
Prognose / Conclusie			

   ?

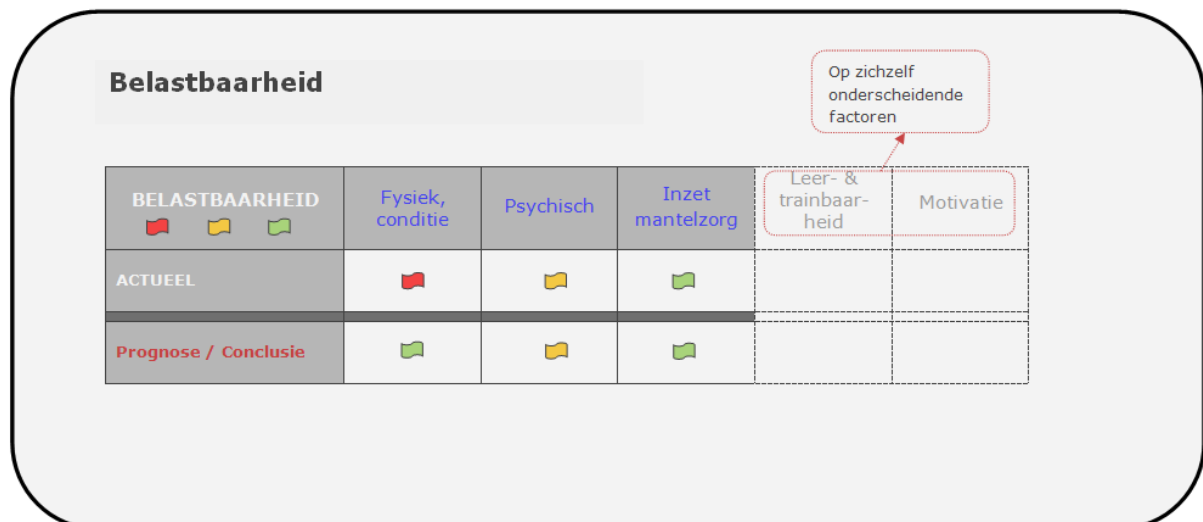
Op deze wijze worden het premorbide functioneren en het actuele functioneren van een kleur voorzien. Deze wijze van wegen, vormt een aanzet tot het kwantificeren van de triage en het wegen van factoren/determinanten.

Op grond van deze scores en met de kennis van herstelmechanismen en aanwezige evidence over het specifieke beeld van de patiënt worden door de arts conclusies getrokken en een weging toegekend aan de onderscheidende factoren.

Figuur 7 toont voorbeelden van de scoring van de INTENSITEIT THERAPIE: 7a determinanten functioneren/functionele prognose, 7b determinanten belastbaarheid, 7c determinanten leer- en trainbaarheid.












7a Functioneren/functionele prognose



7b Belastbaarheid

Leer- en trainbaarheid

LEER- & TRAIN- BAARHEID   	Bewustzijn	Cognitie	Fysiek Vermoeidheid en belastbaarheid
ACTUEEL			
Prognose / Conclusie			

7c Leer- en trainbaarheid

SCORING OVERIGE ONDERSCHIEDENDE FACTOREN 1, 3 en 4.

MEDISCHE STABILITEIT (1)

De scoring van medische stabiliteit is in deze systematiek onder (de schematische weergave van) functionele prognose terug te vinden, maar moet als een zelfstandige en overkoepelende grootte beschouwd worden. De bespreking van medische (in)stabiliteit in 3.2.2. geeft aanknopingspunten voor de beoordeling ervan, de afstemming erover. De beoordeling van de mate van stabiliteit met een 'rode vlag' is voorheen een contra-indicatie voor MSR geweest. Met de huidige inzichten is het correcter te zeggen dat voor een instabiele patiënt GRZ adequatere revalidatiemogelijkheden biedt dan MSR. Als bij monitoring blijkt dat de stabiliteit verbetert, kan uit een hertriage voortkomen dat zwaardere belasting mogelijk en wenselijk is en kan MSR een adequatere optie blijken te zijn.

SPECIALISATIE THERAPIE (3)

Wanneer de patiënt geen onderscheidende score heeft op medische stabiliteit, belastbaarheid, leerbaarheid/trainbaarheid en de 'vlaggen' bij de functionele prognose, wordt benodigde specialisatie van de therapie onderscheidend. Zie ook 3.2.2.

MOTIVATIE (4)

Motivatie komt aan het eind van de triage aan de orde als de patiënt een voorstel krijgt. Dan blijkt de motivatie voor de geïndiceerde behandeling. Wat de patiënt (en naasten) er zelf van vindt, zal doorslaggevend zijn, waarbij er rekening gehouden dient te worden met de afwegingen die in 3.2.2. worden besproken.

3.3.2 INDICERING VOOR TYPE REVALIDATIE

ALGEMEEN

Globaal kan gezegd worden dat GZR geschikt is voor patiënten die medisch matig stabiel zijn, gematigd tot laag belastbaar zijn, maar wel goed trainbaar en die gemotiveerd zijn voor revalidatie. In het algemeen is MSR geschikt voor patiënten die medisch stabiel zijn, een hoge intensiteit van therapie aankunnen, trainbaar en leerbaar zijn, gemotiveerd zijn en voor wie er specifieke revalidatiefaciliteiten nodig zijn.

WEGING ONDERSCHIEDENDE FACTOREN EN INDICERING: 3 OPTIES

1 → SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE

De specialist ouderengeneeskunde weegt onderscheidende factoren en indiceert bij kwetsbare patiënten met een nadruk op complexe geriatrische problematiek.

2 → REVALIDATIEARTS

De revalidatiearts weegt onderscheidende factoren en indiceert als er sprake is van een jongere patiënt met complexe revalidatieproblematiek, een niet-kwetsbare oudere en mogelijk bij patiëntgroepen met specifieke/gespecialiseerde vragen.

3 → SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE + REVALIDATIEARTS

Bij overlap en twijfel over het zwaartepunt van de problematiek vindt er onderlinge afstemming plaats tussen specialist ouderengeneeskunde en revalidatiearts.

INDICATIE

De triërende arts of het triërende duo van specialist ouderengeneeskunde en revalidatiearts weegt de scores die zijn bepaald bij het scoren van de onderscheidende factoren en formuleert een indicatie. Deze indicatie bevat de benodigde behandeling en de setting, maar niet de specifieke zorginstelling.

VERWIJZING

De indicatie wordt door de arts(en) in een schriftelijke verwijzing vastgelegd.

WELKE ZORGINSTELLING LEVERT DE ARTSEN?

Heeft een ziekenhuis te maken met meerdere zorginstellingen (verpleeghuizen, revalidatiecentra of andere vormen waar revalidatiezorg wordt geleverd) dan verdient het de voorkeur dat specialisten ouderengeneeskunde en revalidatieartsen van de verschillende instellingen afspraken maken om voor triage te rouleren. Er zou voor gekozen kunnen worden artsen van instellingen volgens een verdeelsleutel te laten triëren die recht doet aan de verhouding van toegewezen patiënten.

3.4 TOELICHTING STAP 4: PLAATSING

UITVOERING INDICATIEBESLUIT

Het besluit voor het type revalidatiezorg, vastgelegd in de verwijzing, wordt aan het transferbureau of de transferverpleegkundige kenbaar gemaakt. Het bureau/de verpleegkundige voert de organisatie van het besluit uit en zorgt in overleg met de patiënt voor de overplaatsing naar een passende vervolgvoorziening.

Het hoort ook bij de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige om bij gewijzigde omstandigheden de specialist ouderengeneeskunde/revalidatiearts op de hoogte te stellen, waarna zo nodig een hertriage plaatsvindt.

OVERDRACHT VAN GEGEVENS

Het is van belang dat er een complete overdracht van gegevens plaatsvindt tussen ziekenhuis en de zorginstelling GRZ of MSR. Hierover zullen ziekenhuis, triërende/indicerende artsen en het transferbureau goede afspraken moeten maken, omdat onder de huidige omstandigheden een beveiligde elektronische overdracht tussen de verschillende zorginstellingen niet vanzelfsprekend is.

OPENING DBC NA DE PLAATSING

Als de patiënt is geplaatst bij een instelling die GRZ levert, opent de specialist ouderengeneeskunde de DBC GRZ. Als de patiënt is geplaatst bij een instelling voor MSR, opent de revalidatiearts de betreffende DBC.

4 TOELICHTING EINDVERANTWOORDELIJKHEID

In de triage voor GRZ is de actieve rol voor de specialist ouderengeneeskunde nieuw. De revalidatiearts speelt een ondersteunende rol als de situatie hierom vraagt. Bij overlap en twijfel over het zwaartepunt van de problematiek vindt er onderlinge afstemming plaats tussen specialist ouderengeneeskunde en revalidatiearts.

Over de verantwoordelijkheden zijn nogal wat vragen geweest. Hieronder staan de belangrijkste punten toegelicht.

MEDISCH-INHOUDELIJK

In het triage instrument (pagina 13, 2.2) staat beschreven dat de eindverantwoordelijkheid voor het vaststellen van de functionele prognose bij de samenwerking van specialist ouderengeneeskunde en revalidatiearts dient te liggen. Dit kan toch nog vragen laten bestaan over de eindverantwoordelijkheid. De triagewerkgroep is op inhoudelijke gronden van mening dat beide disciplines even actief betrokken moeten zijn bij de triage. Specialist ouderengeneeskunde en revalidatiearts zullen elkaar dan ook inzicht moeten geven in elkaars expertise en de manier waarop zij werken. Zij zullen goede afspraken moeten maken over de samenwerking, de wederzijdse consultering en de consultering door en van andere betrokken disciplines, de bereikbaarheid, de taakverdeling etc.

De volgende beschrijving geeft de verantwoordelijkheden het beste weer:

De verantwoordelijkheid voor een goede uitkomst van de triage GRZ ligt bij de specialist ouderengeneeskunde. De revalidatiearts heeft medisch-inhoudelijk de verantwoordelijkheid voor het eigen aandeel in de besluitvorming. Ten behoeve van een adequate toewijzing is de specialist ouderengeneeskunde verantwoordelijk voor de indicatiestelling GRZ en de revalidatiearts verantwoordelijk voor de indicatiestelling MSR.

JURIDISCH/FORMEEL

De formeel-juridische verantwoordelijkheid voor verwijzing en plaatsing van patiënten naar GRZ en MSR ligt bij het ziekenhuis, zoals dat ook geldt voor alle overige verwijzingen door zorgverleners vanuit het ziekenhuis.