

Triage en Toegang Tijdelijke zorg: Beter Samenwerken aan de Poort

Inhoudsopgave

Triage en Toegang Tijdelijke zorg: Beter Samenwerken aan de Poort	2
.....	2

Triage en Toegang Tijdelijke zorg: Beter Samenwerken aan de Poort

Triage en Toegang Tijdelijke zorg: Beter Samenwerken aan de Poort

Aafke de Groot, Ellen Vreeburg

Inleiding

Ziekenhuizen en zorginstellingen hebben elkaar nodig als het gaat om kortdurende vervolgzorg na het ziekenhuis. Per jaar worden in Nederland ruim 55.000 patiënten opgenomen voor Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ) en van hen komt meer dan 90% rechtstreeks uit het ziekenhuis.¹ De erkenning van GRZ als verstrekking binnen de zorgverzekeringswet (Zvw) heeft sinds 2013 ziekenhuiszorg en kortdurende, herstelgerichte verpleeghuiszorg dichter bij elkaar gebracht. Zo zijn specialisten ouderengeneeskunde via de Stroke Services gaan participeren in het multidisciplinaire ontslag overleg op neurologieafdelingen. Ook voor patiënten met een heupfractuur, amputatie of na electieve orthopedische operaties, bestaan afspraken over samenwerking en zorgpaden.

Voor de patiëntengroep 'overigen' echter zijn de zorgtrajecten minder overzichtelijk.² Deze groep beslaat bijna de helft van de GRZ-patiënten en is divers wat betreft diagnoses, zorg- en revalidatiebehoeften.^{3,4} De uitkomsten van deze GRZ-trajecten zijn moeilijker te voorspellen. Het betreft patiënten met diagnoses als exacerbatie COPD, hartfalen, parkinsonisme, oncologische aandoeningen, de-conditioning, delier of dementie die vaak ten onrechte in het eerstelijnsverblijf (ELV) worden opgenomen. Uit onderzoek onder kaderartsen GRZ⁵ blijkt dat zij meestal niet inhoudelijk betrokken worden bij de verwijzing van deze groep patiënten naar vervolgzorg.

Poortwachter kortdurende zorg

De toegang tot GRZ werd binnen de Zvw in 2013 restrictief geregeld, om volumegroei in de verzekerde zorg te beperken. Er moest –met andere woorden- ‘strenge’ triage voor GRZ geregeld worden.⁶ De specialist ouderengeneeskunde, die de Diagnose Behandel Combinatie (DBC) opent bij de start van een GRZ-traject heeft stilzwijgend een poortwachtersfunctie voor GRZ gekregen. In 2017 werd het eerstelijnsverblijf (ELV) ingevoerd: kortdurende herstelgerichte zorg zonder intensieve paramedische behandeling, bedoeld voor (oudere of kwetsbare) mensen met complexe zorgvragen, waarvoor tijdelijke opname noodzakelijk is.⁷ Het ELV kent geen medische triage, en kent minder beperkende voorwaarden dan GRZ. Wel wordt vereist dat de behandelend arts de opname aanvraagt, en een geneeskundige zorgvraag de basis is voor indicatiestelling. Er is geen ELV-poortwachter afgezien van de huisarts die verwijzer en ten dele ook behandelaar is in het ELV.⁸ Het Afwegingsinstrument Kortdurende Zorg⁹ werd opgesteld om de keuze tussen de verschillende typen vervolgzorg te vereenvoudigen. Het verbindt via een algoritme de actuele zorg- en behandelbehoefte met de daarbij toegestane en passende vorm van kortdurende zorg.

Het eerstelijnsverblijf en het inrichten van coördinatiepunten voor ELV-opname¹⁰ zijn beleidsmaatregelen om de zorg voor kwetsbare ouderen zo ‘goed mogelijk’ en zo ‘dicht mogelijk op’ de thuissituatie te organiseren, zodat kwetsbare ouderen langer thuis kunnen wonen. Ook het uitbreiden van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en de versterking van de extramurale functies van het verpleeghuisteam zijn onderdeel van dit beleid. Nu het aantal kwetsbaren in de thuissituatie daadwerkelijk toeneemt, neemt echter ook de vraag om opname in kortdurende zorg toe.

Regionale triagebijeenkomsten

Er wordt grote druk op de bedden ervaren, en daarmee op triage en toewijzing. Omdat de regels over indicatiestelling voor en toelating tot GRZ en ELV onvoldoende onderscheidend blijken, en derhalve weinig consensus wordt ervaren in de praktische toepassing daarvan, hebben wij ‘triage voor kortdurende zorg’ tot onderwerp gemaakt van regionale scholingsbijeenkomsten.¹¹ Deze zijn in 2017 en 2018 gehouden in acht ziekenhuisregio’s in de provincies Noord- en Zuid-Holland, Overijssel, Friesland en Limburg. Doel van deze avonden was allereerst om inhoudelijke kennis over triage te delen door middel van uitleg van de wettelijke kaders en oefenen met casuïstiek, maar daarnaast om organisatorische knelpunten in het triage-, verwijs- en opnameproces te inventariseren zodat regionaal verbeteringen in gang gezet konden worden. Per bijeenkomst waren er 25-35 deelnemers, vooral specialisten ouderengeneeskunde en transferverpleegkundigen. Ook deden per zorgregio enkele gerieters en huisartsen mee, naast verpleegkundigen of verzorgenden, werkzaam als zorgadviseur bij zorginstellingen of eerstelijns coördinatiepunten. Door de deelname van eerste- en tweedelijns betrokkenen werd een zo volledig mogelijke afvaardiging van de regionale praktijk verkregen.

In dit artikel wordt beschreven welke knelpunten ervaren worden door zorgverleners die samen deze complexe patiënten stromen moeten regelen. Van deze praktijkproblemen is een

inventarisatie gemaakt, die kan dienen om de aanpak van verbeteringen te starten. Hoe de triage en toewijzing verder zou kunnen verbeteren, wordt kort aangeduid.

Knelpunten triage inventariseren

Tijdens de bijeenkomsten werden de ervaren problemen stapsgewijs in kaart gebracht. Eerst gebeurde dit in kleine groepjes door middel van uitwisseling van ervaringen. Vervolgens werd de formulering aangescherpt in een discussieronde en tenslotte door de deelnemers individueel geprioriteerd. Per regio werden op deze manier de tien meest urgente problemen gesignaleerd.

In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de geprioriteerde knelpunten in alle deelnemende regio's gezamenlijk, ondergebracht in tien domeinen. Per domein wordt ook een mogelijke aanzet tot verbeteringen weergegeven.

Tabel 1. Prioritering van knelpunten gerangschikt in domeinen

	Domein	Aantal malen geprioriteerd. (%)	Verbetering
1	Triageproces	19 (21,4)	Efficiënte triage procedure. Triage beslissing transparant. Triage informatie overdragen in zorgtraject.
2	Psychogeriatrische problematiek bij triage	15 (16,1)	Zorg voorkwetsbare ouderen thuis uitbreiden met prognostiek en advance care planning. Speciale afdelingen inrichten voor dit type zorg.
3	Wlz-capaciteit te laag	11 (11,6)	Wlz-capaciteitstekort inzichtelijk maken per regio.
4	Inzage in opnamecapaciteit	10 (10,7)	Up to date informatie over beschikbare bedden per zorgsoort. Ook informatie over opnameprocedure en - restricties.
5	Informatie om triage te verrichten	8 (8,5)	Volledige, actuele en juiste patiëntinformatie.
6	Huisarts doet geen triage in ELV	8 (8,5)	Rechtstreeks contact tussen verwijzend en overnemend arts.
7	Psychiatrie/verslavingszorg: opvang ontbreekt voor deze doelgroep	7 (7,4)	Omvang van deze groep zorgvragers in kaart brengen. Regionaal overleg met GGZ en verslavingszorg.
8	Schotten in bekostiging en zorgketen	6 (6,3)	Client ondervindt geen hinder van zorgovergangen.
9	Respijtzorg-WMO	5 (5,2)	WMO zorg is ingekocht, er zijn werkbare afspraken over toewijzing van tijdelijke WMO opname. (gedelegeerde triage).
10	Regionaal zorgaanbod	4 (4,3)	Samenwerkende regionale zorgorganisaties hebben overzicht over het zorgaanbod. Client ontvangt de juiste informatie.
	Totaal	93 (100)	

De problemen die ervaren worden bij triage en zorgtoewijzing zijn hier ten behoeve van het

overzicht thematisch in domeinen ingedeeld. Domeinen 1,2,5 en 6 hebben betrekking op de indicatiestelling voor passende zorg, domein 4 op de toewijzing na triage. Domeinen 3, 7, en 9 verwijzen naar regionaal gevoelde tekorten in doelgroep-specifieke of langdurige zorg. Domein 8 gaat over de hindernissen die in de regelgeving zitten en domein 10 over samenwerking tussen zorgpartners in de regio. De bespreking volgt deze indeling.

Triageproblemen

Het probleem domein dat het meest genoemd en geprioriteerd werd is het triageproces zelf, dat wil zeggen de indicatiestelling; het antwoord op de vraag welk type tijdelijke zorg de patiënt nodig heeft. Hierbinnen zijn subthema's te onderscheiden zoals de variatie in beoordeling, de druk op triage en de rol van de specialist ouderengeneeskunde bij triage. Ook werden vier patiëntgroepen genoemd voor wie triage inhoudelijk lastig is, namelijk patiënten met een beroerte, electieve orthopedische patiënten, oncologische patiënten en GRZ-verwijzingsvraag bij een thuiswonende. Zie tabel 2.

Tabel 2. Subthema's domein Triageproces

Verschillen in triage uitvoering	Druk op triage	Rol specialist ouderengeneeskunde bij triage	Inhoud triage lastig
(9)	(4)	(2)	(4)
Specialisten ouderengeneeskunde verrichten de triage verschillend.	Tijdsdruk bij triage: drie uur.	Specialist ouderengeneeskunde niet betrokken bij triage.	Triage bij electieve opnames.
Eerste triage moet leidend zijn.	Zorgvuldige triage onder tijdsdruk.	Specialist ouderengeneeskunde ontbreekt bij triage.	Triage bij beroerte.
Variatie in beoordelaars.	Geen GRZ, geen ELV geen Wlz, triage uitstellen.		Triage bij oncologische GRZ.
Verschil hoog en laag complex ELV niet duidelijk.	Triage bedden nodig.		GRZ triage vanuit huis.
Laag en hoog complex inschatten.			
Alles is multi-interpretabel.			
GRZ-assessment.			
Her-triage.			
Selectie aan de poort bij GRZ.			

Triage bij psychogeriatrische problematiek, domein 2, wordt als tweede meest urgente probleem ervaren. Welke kortdurende zorg passend en wenselijk is, hangt sterk af van het beloop en functioneren voor de acute situatie. Verbetering in dit domein gaan hand in hand met andere ontwikkelingen in de zorg voor thuiswonende ouderen met dementie, zoals meer samenhangende, proactieve zorg in de eerste lijn, inzet van casemanagers dementie en uitvoeren van advance care planning.¹² In diverse regio's zijn inmiddels afdelingen voor kortdurende zorg ingericht, specifiek voor zorgvraag van cliënten met delier en/of dementie.

Het vijfde domein betreft de patiëntinformatie, die nodig is om triage te kunnen verrichten en benoemt dus een essentiële voorwaarde van het triageproces. Deze informatie dient volledig en actueel te zijn, anders kan een passend zorgadvies niet goed tot stand komen. Vooral informatie over het cognitief functioneren wordt vaak gemist. De wens om over volledige informatie vooraf te beschikken kan strijden met de wens van de verwijzer om opname eenvoudig en snel te regelen. Domein zes sluit daarbij aan en gaat over het ontbreken van

inzicht in de verschillende kortdurende zorgopties bij de verwijzend (huis)artsen. Triage vindt nog vaak plaats aan de hand van een beschikbaar bed, en niet op basis van de zorgvraag. Dit wordt ervaren als ‘shoppen’. Ook wordt genoemd het ontbreken van rechtstreekse communicatie tussen verwijzend arts en specialist ouderengeneeskunde, die expertise heeft op het gebied van zorgprognostiek en triage.

Domein 4, ‘real time’ inzage in de beschikbare beddencapaciteit, is voorwaarde voor de tweede stap van een triageproces, en wordt op diverse manieren nagestreefd. Regionaal zijn coördinatiepunten en gezamenlijke websites opgezet. Het probleem werd desondanks in alle bijeenkomsten geprioriteerd, hetgeen kan wijzen op uitvoeringsproblemen.

Tabel 3. Inzage in opnamecapaciteit

Aanmeldloket (4)	Verwijshulp/website (6)
Centraal loket is er niet	Verwijshulp niet op orde
Loket eerste lijn is er niet	Verwijshulp niet up to date
Geen regionale aanmeldprocedure	Inzage beschikbare bedden
Buiten regionale aanmeldingen	Inzage capaciteit bedden
	Overzicht vrije bedden
	Waar zijn de beschikbare bedden?

Triage-overstijgende probleemdomeinen

De knelpunten die betrekking hebben op een tekort aan Wlz-capaciteit, onduidelijkheid rondom WMO-bedden (respijtzorg) en het ontbreken van opnamemogelijkheden voor kwetsbare personen met psychiatrische - of verslavingsproblematiek, domeinen 3, 7 en 9, geven problemen aan die collectief en samen met externe partijen moeten worden aangepakt. Door steeds opnieuw per individuele situatie moeizaam naar een oplossing te zoeken blijft de omvang en urgentie van deze knelpunten onder de radar, terwijl de frustratie verder toeneemt.

Bij ‘schotten in de zorgketen’, domein 8, worden de veelvuldig ervaren belemmeringen in de regelgeving bedoeld, bij voorbeeld om de indicatie aan te passen van ELV naar GRZ, of om GRZ bij een thuiswonende patiënt te regelen via SEH of de geriater, een route die vaak als belastend wordt ervaren. Ook de bekostigingsproblemen van verpleegtechnische zorg en dure medicatie binnen GRZ worden hier genoemd. Dit zijn landelijk bekende problemen, waar diverse experimenten voor gaande zijn.

Het tiende domein van de overzichtstabel, ‘regionaal zorgaanbod’ gaat over de beschikbaarheid en volledigheid van zorginformatie bij alle betrokkenen in de regio. Dit kan bereikt worden door terugkoppeling van casuïstiek en cijfers tussen ketenpartners, zoals op de

scholingsbijeenkomsten is gedaan. Een overzicht van het regionale zorgaanbod is vooral ook wenselijk om actuele informatie aan patiënten te kunnen bieden. Hier liggen kansen om uitwisseling en samenwerking te verbeteren. Een regionaal gedragen visie, die praktisch uitgewerkt is in de afspraken en werkwijzen, helpt daarbij.

Conclusie

In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de problemen die ervaren worden bij triage en toelating tot kortdurende zorg, verzameld tussen september 2017 en februari 2019 in tien zorgregio's in Nederland. Hoewel het contact tussen verwijzers en aanbieders van kortdurende zorg is geïntensiveerd en initiatieven om opname in kortdurende zorg regionaal te coördineren in gang zijn gezet, worden er in alle deelnemende regio's meerdere grote knelpunten ervaren. Triage heeft inhoudelijke en organisatorische aspecten en verbetering in de nu gevoelde knelpunten kan in gang worden gezet door met alle betrokken professionals oplossingsgerichte doelen te stellen, en ook samen te werken in de aanpak daarvan.

Auteurs

Aafke J. de Groot, specialist ouderengeneeskunde, Amsterdam UMC, locatie VUmc
Ellen M. Vreeburg, specialist ouderengeneeskunde, Vivium Naarderheem

Literatuur

Open data CBS

<https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/82471NED/table?ts=1556880605754>.

Inventarisatie Zorginhoud GRZ. Februari 2019 Q-consult Utrecht.

Bouwstra H, Wattel EM, Groot AJ de. The influence of activity-based funding on treatment intensity and length of stay of geriatric rehabilitation patients. *JAMDA* 18 (2017) 549e15-549e22.

Everink IHJ, Haastregt van JCM, Tan FES et al. The effectiveness of an integrated care pathway in geriatric rehabilitation among older patients with complex health problems and their informal caregivers: a prospective cohort study. *BMC Geriatrics* 2018;18:285.

Groot AJ de. Triage voor geriatrische Revalidatie, een verkenning. Geriatriedagen subsymposium GRZ, 8 februari 2018.

<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/g/geriatrische-revalidatiezorg-zvw>.

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2016/03/29/het-eerstelijnsverblijf-binnen-de-zorgverzekeringswet>.

Afwegingsinstrument kortdurend verblijf. Significant. November 2016. https://www.verenso.nl/_asset/_public/Dossiers/Eerstelijns/Afwegingsinstrument_eerstelijns_verblijf_2_0_9_november_2016-defdef.pdf.

Verwijskader en medische zorg eerstelijnsverblijf. LHV/ActiZ September 2017. <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/verwijskader-elv-eenduidige-regels-voor-verwijzing-naar-eerstelijnsverblijf>.

Kamerbrief Regionale coördinatiepunten. April 2018. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/04/04/kamerbrief-over-regionale-coordinatiepunten-eerstelijnsverblijf>. https://www.gerion.nl/images/nascholing/Triage-GRZ-Folder_algemene-versie.pdf.

Naar reguliere integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis, startnotitie. ZorgInstituut Nederland, juni 2018.