

# **Triage door de specialist ouderengeneeskunde**

## **Inhoudsopgave**

<b>Triage door de specialist ouderengeneeskunde</b> .....	<b>2</b>
---	----------

# Triage door de specialist ouderengeneeskunde

## Meer betrokkenheid, nog weinig eenduidigheid

Aafke de Groot, Ewout Smit

### Inleiding

In 2013 werd geriatrische revalidatie in Nederland erkend als verstrekking binnen de zorgverzekeringswet middels een DBC geriatrische revalidatiezorg (GR). Daarbij werden strikte voorwaarden gesteld aan de toelating van patiënten tot geriatrische revalidatie. Een ziekenhuisopname moest voorafgaan aan de revalidatie evenals triage door een specialist ouderengeneeskunde. Voor deze nieuwe taak werd door een werkgroep van specialisten ouderengeneeskunde en revalidatieartsen een triage-instrument ontwikkeld.<sup>1</sup> Het omschrijft een methode om revalidatie te indiceren bij kwetsbare ziekenhuispatiënten en geeft criteria om geriatrische revalidatie te onderscheiden van medisch specialistische revalidatie (MSR) als best passende nazorg. De inrichting van het eerstelijnsverblijf (ELV) verleende in 2017 een nieuwe dimensie aan triage, aangezien sindsdien ook ten opzichte van dit type nazorg gedifferentieerd moet worden.<sup>2,3</sup> Eerstelijnsverblijf is herstellende zorg voor kwetsbare, veelal laag-belastbare patiënten zonder multidisciplinaire revalidatiedoelen, zodat slechts geringe inzet van paramedische behandeling nodig is. Bij ELV laag complex kan de huisarts hoofdbehandelaar blijven. Een ELV hoog complex is passend wanneer tijdens de herstelperiode medische zorg van een specialist ouderengeneeskunde nodig is vanwege complexe multimorbiditeit.

Bovendien is het nog steeds mogelijk om een Zorgzwaarte Pakket (ZZP) 9B voor geriatrische revalidatie aan te vragen. Deze indicatie is passend voor patiënten die revalidatie nodig hebben, maar tevoren al een ZZP 5 of hoger hadden, of naar verwachting zorgbehoevend zullen blijven na de revalidatie. Al deze verschillende mogelijkheden voor herstelgerichte zorg benadrukken het belang van expertise op het gebied van geriatrische revalidatiezorg en een goede uitvoering van triage.

Triage is afgeleid van het Franse werkwoord 'trier', dat 'sorteren' of 'selecteren' betekent. Medische triage kan gedefinieerd worden als 'het bepalen welk type behandeling of zorg, met welke mate van spoed geïndiceerd is voor een patiënt'. Wanneer de vraag om behandeling groter is dan het aanbod wordt in de gezondheidszorg (geprotocolleerd) triage ingezet om de instroom van patiënten te organiseren, bijvoorbeeld bij huisartsenposten en afdelingen voor

spoedeisende hulp. Triage na ziekenhuisopname gaat om het indiceren van de juiste vervolgzorg voor de kwetsbare patiënt in het ziekenhuis. Bij deze triage worden de huidige en toekomstige zorgbehoeften afgewogen in combinatie met een inschatting van de functionele prognose en het revalidatievermogen.<sup>4,5</sup> De afweging vindt doorgaans plaats wanneer het ziekenhuisontslag in zicht is. Triage wordt echter in het triage-instrument omschreven als 'het op een zo vroeg mogelijk moment bepalen van de juiste vervolgzorg op de juiste plek'.<sup>1</sup>

Inmiddels is er in Nederland een aantal jaren ervaring opgedaan met triage en is de tijd rijp om de huidige triagepraktijk voor kwetsbare en/of oudere ziekenhuispatiënten te evalueren. Het onderwerp is dan ook één van de zeven belangrijke thema's op de nationale onderzoeksagenda geriatrische revalidatie.<sup>6</sup> In de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde en in de kaderopleiding geriatrische revalidatie wordt onderwijs over triage door cursisten zeer relevant gevonden. Hoe de specialist ouderengeneeskunde in de praktijk triage verricht, en wat belangrijke factoren zijn om al dan niet geriatrische revalidatie te indiceren, is echter niet eerder systematisch onderzocht.

## Methode

Dit verkennende onderzoek heeft als doel om de ervaringen van specialisten ouderengeneeskunde betreffende triage in kaart te brengen.

### Meetinstrument

Een enquête werd in 2014 ontwikkeld in de vorm van een serie gesloten vragen. De lijst werd opgesteld op basis van literatuur over transitiezorg en triage en ter toetsing voorgelegd aan drie specialisten ouderengeneeskunde met triage-ervaring.<sup>1,4,5</sup> Aan de hand van hun commentaar zijn de vragen aangepast. De vragenlijst bestaat uit vier onderdelen met ja/nee of meerdere antwoordcategorieën. In de vragen wordt uitgegaan van de volgende doelgroepen: neurologie, traumatologie, electieve orthopedie, COPD, oncologie, geriatrie/interne geneeskunde. Gevraagd wordt wie de triage verricht, hoe vaak dit gebeurt en in welke vorm. Daarnaast wordt gevraagd het gewicht van verschillende triagecriteria aan te geven. Bij de vragen kunnen opmerkingen gemaakt worden. In 2016 zijn vragen toegevoegd over organisatorische aspecten van triage, zoals tijdsbeslag, bekostiging en de werkwijze in het triageproces. Deze vragen over de organisatorische aspecten van het triageproces zijn aanvullend op de inhoudelijke vragen. Onderdelen van de vragenlijst zijn na iedere afname tekstueel aangepast. De meest recente vragenlijst is opgenomen in [bijlage 1](#).

### Respondenten

De kaderopleiding Geriatrische Revalidatiezorg is een tweejarige vervolgopleiding voor specialisten ouderengeneeskunde die ten minste vijf jaren werkzaam zijn in GR en zich willen bekwamen tot expert in dit aandachtsveld. De triagevragenlijst werd uitgezet in drie opeenvolgende groepen kaderartsen in opleiding (2014, 2016 en 2018) steeds in het tweede deel van hun opleiding en voorafgaand aan het triageonderwijs. In 2014 werd de vragenlijst ook

afgenomen bij de jaarlijkse netwerkdag voor kaderartsen GR. De deelname aan de enquête was vrijwillig. Met de respondenten werd besproken dat geaggregeerde data gepresenteerd konden worden in artikelen of tijdens bijeenkomsten.

## Analyse

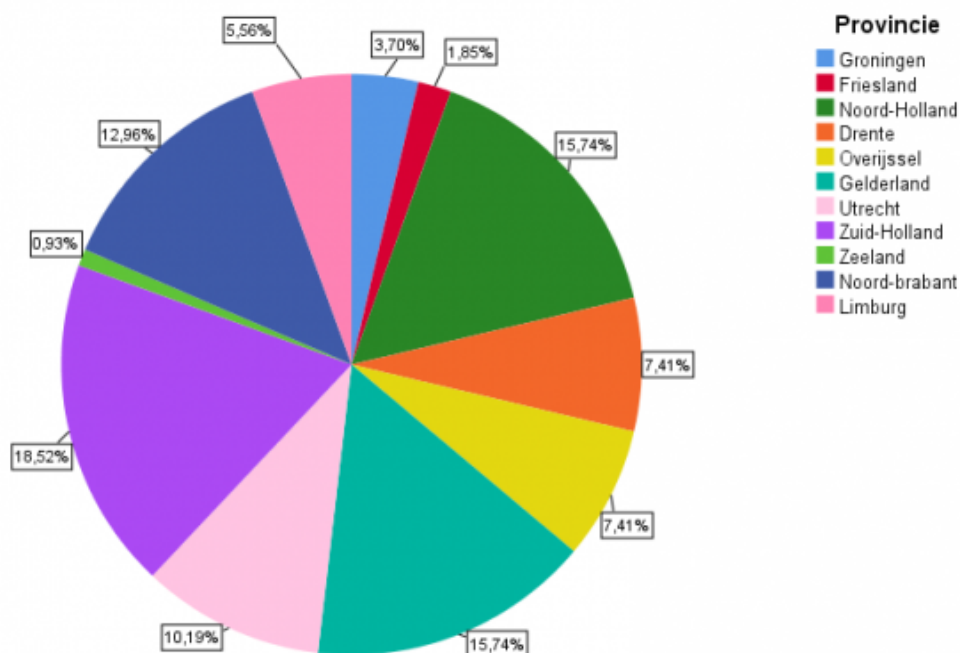
De analyse werd beperkt tot beschrijvende beschrijvingen (in percentage). Bij een aantal analyses werden data van alle respondenten samengevoegd in andere gevallen werden groepen apart vergeleken. Data werd verzameld in Excel en geanalyseerd in SPSS versie 26.0 (IBM SPSS Statistics for Windows, version 22.0).

# Resultaten

## Respondenten en ziekenhuizen

In totaal participeerden 112 specialisten ouderengeneeskunde in de enquête, waarvan 37 kaderartsen (respons 70%) en 75 in opleiding tot kaderarts (respons 80%). In figuur 1 is de verdeling van ziekenhuizen per regio terug te vinden.

**Figuur 1. Regionale verdeling ziekenhuizen respondenten**



## Logistiek van triage

In de vragen werd onderscheid gemaakt tussen neurorevalidatie en overige diagnosegroepen, al dan niet verder uitgesplitst. De data worden gepresenteerd per cohort (tabel 1a en 1b). Opvallend is dat binnen de opleidingscohorten in de loop der jaren wordt aangegeven dat van

alle betrokken professionals (revalidatiearts, specialist ouderengeneeskunde en transferverpleegkundigen) een hoger percentage triage verricht. In de opleidingsgroep van 2014 bijvoorbeeld is in ongeveer 71% van de gevallen een specialist ouderengeneeskunde betrokken bij het multidisciplinair overleg (MDO) neurologie. In de opleidingsgroep is dit percentage gestegen tot ruim 90%. In het laatste opleidingscohort is de specialist ouderengeneeskunde in overgrote meerderheid (85-91%) betrokken bij beide triage categorieën.

**Tabel 1a. Wie verricht triage voor neurologie (meerdere antwoorden mogelijk)**

Neurologie	KA (n= 37)	Opl. 2014 (n=31)	Opl. 2016 (n=23)	Opl. 2018 (n=21)
SO	32 (86.5%)	22 (71.0%)	19/22 (86.4%)	19 (90.5%)
RA	15 (40.5%)	10 (32.3%)	12/22 (54.5%)	13/21 (61.9%)
TV	12 (32.4%)	14 (45.2%)	7/22 (31.8%)	14/21 (66.7%)
OF	NVT	NVT	4/22 (18.2%)	7/21 (33.3%)

KA=kaderarts GR. NVT= niet van toepassing. Opl.= Opleidingsgroep kaderopleiding GR. OF= opnamefunctionaris GR instelling. RA= revalidatie arts. SO= specialist ouderengeneeskunde. TV=Transferverpleegkundige.

**Tabel 1b. Wie verricht triage voor andere afdelingen (meerdere antwoorden mogelijk)**

Overige GR	KA (n= 37)	Opl. 2014 (n=31)	Opl. 2016 (n=23)	Opl. 2018 (n=21)
SO	31 (83.8%)	20 (64.5%)	18 (78.3%)	18 (85.7)
RA	5 (13.5%)	5 (16.1%)	3 (13.0%)	7/21 (33.3%)
TV	17 (45.9%)	18/30 (60%)	11 (47.8%)	16/21 (76.2%)
OF	NVT	NVT	3 (13.0%)	7/21 (33.3%)

KA=kaderarts GR. NVT= niet van toepassing. Opl.= Opleidingsgroep kaderopleiding GR. OF= opnamefunctionaris GR instelling. RA= revalidatie arts. SO= specialist ouderengeneeskunde. TV=Transferverpleegkundige.

In alle diagnosegroepen wordt minimaal in de helft van de gevallen (48-82%) meerdere keren per week getrieerd (tabel 2). Daar tegenover staat dat een groot deel van de participanten hooguit incidenteel triert voor de COPD en oncologiegroep. Indien er triage gedaan wordt is dat voornamelijk (72-87%) schriftelijk/digitaal gedaan (tabel 3). Deelname aan een MDO in het ziekenhuis lijkt nog een uitzondering behoudens de neurorevalidatie waar 60% van de deelnemers of een collega uit de organisatie aanwezig is voor triage (tabel 4). Indien we focussen op de aanwezigheid bij het MDO dan zien we nauwelijks verschillen tussen de opleidingscohorten. Een telefonisch of fysiek consult kan volgens een derde tot de helft van de

respondenten plaatsvinden. In het open gedeelte gaven respondenten aan dat telefonisch overleg volgt als de digitale informatie vragen oproept. Daarop kan eventueel nog een consult volgen.

**Tabel 2. Frequentie van triage**

	<b>Meerdere keren p/wk</b>	<b>Wekelijks</b>	<b>Nooit/incidenteel</b>
Neurologie	89/109 (81.7%)	15/109 (13.8%)	5 (4.6%)
Orthopedie	70/108 (64.8%)	14/108 (13.0%)	24/108 (22.2%)
Traumatologie	96/110 (87.3%)	3/110 (2.7%)	11/110 (10%)
Geriatric	70/109 (64.2%)	17/109 (15.6%)	22/109 (20.2%)
COPD (n=108)	52 (48.1%)	12 (11.1%)	44 (40.7%)
Oncologie (n=107)	53 (49.5%)	7 (6.5%)	47 (43.9%)

**Tabel 3. Methode van triage**

	<b>Schriftelijk</b>	<b>MDO ZH</b>	<b>Consult patiënt</b>	<b>Telefonisch</b>
Neurologie	81 (72.3%)	67 (59.8%)	48 (42.9%)	54 (48.2%)
Orthopedie	97 (86.6%)	10 (8.9%)	30 (26.8%)	43 (38.4%)
Traumatologie	97 (86.6%)	18 (16.1%)	34 (30.4%)	51 (45.5%)
Geriatric	93 (83.0%)	13 (11.6%)	37 (33.3%)	58 (52.3%)
COPD	94 (83.9%)	9 (8.0%)	31 (27.7%)	48 (42.9%)
Oncologie	92 (82.9%)	8 (7.2%)	33 (29.7%)	51 (45.9%)

MDO ZH=Multidisciplinair Overleg in het ziekenhuis

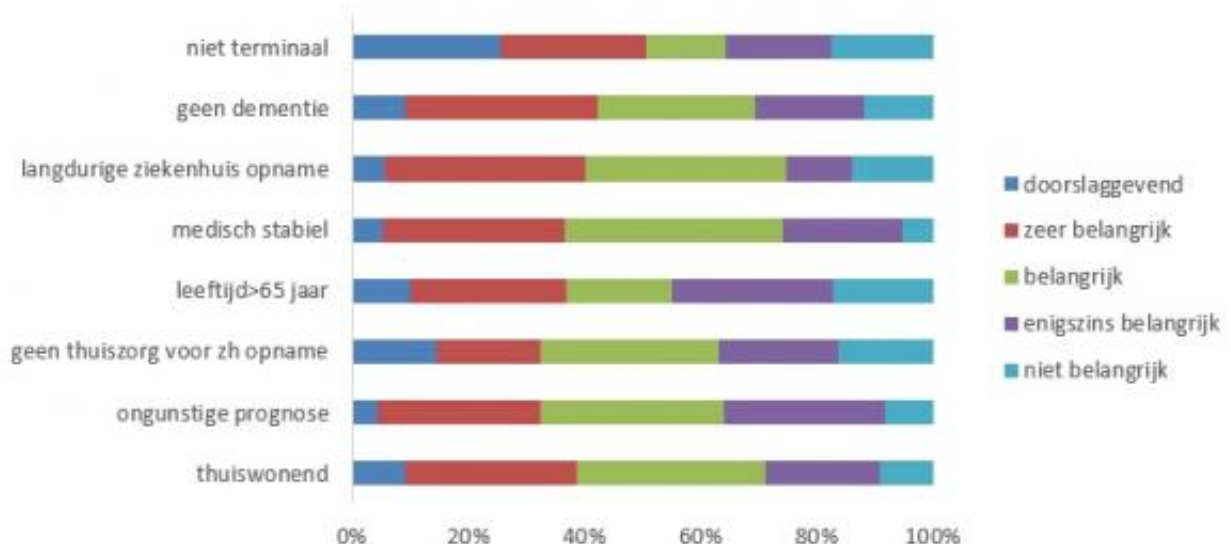
**Tabel 4. Aanwezigheid bij MDO, naar jaargroep uitgesplitst**

	2014 (n=31)	2016 (n= 23)	2018 (n=23)
Neurologie	16 (51.6%)	15 (65.2%)	12 (57.1%)
Orthopedie	2 (6.5%)	2 (8.7%)	2 (9.5%)
Traumatologie	3 (9.7%)	4 (17.4%)	5/21 (23.8%)
Geriatricie	4/30 (13.3%)	3 (13.0%)	3/21 (14.3%)
COPD	2 (6.5%)	3 (13.0%)	1/21 (4.8%)
Oncologie	1 (3.2%)	4 (17.4%)	1/21 (4.8%)

### Determinanten van triage

Figuur 2 geeft aan in hoeverre de participanten belang toekennen aan een set van triagecriteria. Zeer belangrijke en doorslaggevende determinanten zijn: niet terminaal of dement zijn, langdurige ziekenhuisopname en thuiswonend. Binnen de categorie 'niet belangrijk' worden leeftijd boven de 65 jaar en (opnieuw) niet-terminaal zijn het meest genoemd. Respondenten gaven aanvullend aan belang te hechten aan het premorbide functioneren, de mantelzorgersituatie en psychiatrische comorbiditeit.

### Figuur 2. Belang van determinanten van triage



### Triage en aanmeldingsroute

Gemiddeld werd er door respondenten 2,3 (1-4) uur per week besteed aan triage. Driekwart van hen geeft aan dat het verrichten van deze triage-activiteiten niet vergoed wordt. Er zijn verschillende aanmeldingsroutes voor triage. Ten eerste kan triage voor aanmelding plaatsvinden door een specialist ouderengeneeskunde in een MDO of door een



'dienstdoende' triage-arts via een digitaal verzonden dossier. De patiënt kan echter ook eerst aangemeld worden bij een GR-instelling, waarna een specialist ouderengeneeskunde van die instelling -alleen bij twijfel of altijd- alsnog triage verricht. Regionaal triage-overleg tussen ziekenhuizen en GR-instellingen is volgens 52,3% van de respondenten afwezig (alleen in 2016 en 2018 gemeten).

## Discussie

De praktijk van triage is niet eerder beschreven in Nederland. Uit deze verkenning blijkt dat specialisten ouderengeneeskunde inderdaad triage verrichten. Zij doen dat in veel gevallen op basis van digitale informatie, behalve bij neurologie waar meestal een specialist ouderengeneeskunde aansluit bij het MDO in het ziekenhuis. Het gewicht van afzonderlijke patiëntgebonden triagecriteria wordt uiteenlopend beoordeeld en tijd die besteed wordt aan triage wordt meestal niet vergoed, bijvoorbeeld als consult.

### Werkwijze bij triage

Het triage-instrument uit 2012 beschrijft de wenselijkheid van een vroege start van triage; zo vroeg mogelijk tijdens of zelfs al voor de ziekenhuisopname zouden screeningsvragen gesteld moeten worden om patiënten te identificeren die profijt kunnen hebben van revalidatie. Daarop volgt een medische afweging door revalidatiearts en/of specialist ouderengeneeskunde om te komen tot de best-passende intensiteit en specialisatie van de revalidatie.<sup>1,7,8</sup> De functionele prognose, belastbaarheid en leerbaarheid/trainbaarheid worden door de triage-arts beoordeeld. Professionele samenwerking tussen de afdelingsverpleegkundige die screent en de revalidatiearts of specialist ouderengeneeskunde die triage verricht, ligt ten grondslag aan dit model. Schriftelijke triage op basis van digitaal aangeleverde patiëntgegevens zou kunnen wijzen op meer afstand tussen ziekenhuis afdeling en specialist ouderengeneeskunde. De digitale triage-informatie is niet altijd volledig.<sup>3</sup> Telefonisch overleg en eventueel ook een consult in het ziekenhuis moeten dan uitsluitend geven. Aanwezigheid in het MDO ten behoeve van triage zou de samenwerking en de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor de juiste nazorg beslissing kunnen versterken. Ongeveer de helft van de deelnemers aan dit onderzoek geeft aan een regionaal triage-overleg te hebben. In regionaal overleg tussen betrokken professionals kunnen triage-casuïstiek en revalidatie uitkomsten besproken worden.

### Determinanten voor triage

De doelgroep voor geriatrische revalidatie is kwetsbaar en door complexe multimorbiditeit verminderd leerbaar en belastbaar; er moet echter wel revalidatievermogen en motivatie aanwezig zijn bij de patiënt.<sup>9</sup> In dit onderzoek werd aan respondenten gevraagd het belang van afzonderlijke triagecriteria te beoordelen. Alle gepresenteerde determinanten werden door de meerderheid van de respondenten belangrijk, zeer belangrijk of doorslaggevend gevonden. De beoordelingen zijn gevarieerd en soms ook tegenstrijdig. Zo wordt 'niet terminaal zijn' door meer dan 20% van de respondenten doorslaggevend gevonden, maar ook door bijna 20% onbelangrijk. Mogelijk gaf de formulering 'niet terminaal zijn' aanleiding tot onduidelijkheid bij



de respondenten. Beter was geweest deze positief, dus niet ontkennend, te formuleren als 'levensverwachting korter dan drie maanden'. Respondenten geven aan dat de combinatie van factoren de geschiktheid voor geriatrische revalidatie bepaalt en dat het beoordelen van afzonderlijke determinanten lastig is.

In het huidige onderzoek werd niet gevraagd naar triagedeterminanten op basis van meetinstrumenten. Bij alle ziekenhuispatiënten boven de 70 jaar worden echter vier aspecten van kwetsbaarheid gemeten, nl. valneiging, functionele status, voedingstoestand en symptomen van delier.<sup>10</sup> Deze meetwaarden zouden in de triage meegenomen kunnen worden.<sup>11</sup> Doordat indicatiecriteria vooralsnog alleen in globale termen omschreven zijn, kunnen zij verschillend geïnterpreteerd worden en is er mogelijk minder overeenstemming over triagecriteria tussen professionals.

### Beperkingen

Onderzoek met behulp van vragenlijsten kent een aantal beperkingen. De vragenlijst is door ons opgesteld en aangepast in de loop van de jaren. Hij is nooit formeel gevalideerd. Het gesloten karakter van de vragen kan als gevolg hebben dat niet alle ervaringen kunnen worden weergegeven, hoewel de mogelijkheid bestond om extra informatie te geven. Daarnaast gaan de vragen alleen in op triage van ziekenhuispatiënten. In de geriatrische revalidatie worden echter ook patiënten vanuit de thuissituatie opgenomen en ook dan vindt triage plaats.<sup>12</sup> Sinds 2019 zijn bovendien enkele experimenten gestart met triagebedden.

In het huidige onderzoek werden alleen specialisten ouderengeneeskunde bevroegd, en bovendien alleen degenen die expertise hadden in geriatrische revalidatie. Andere bij triage betrokken artsen of verpleegkundigen zijn niet bevroegd, evenmin als leden van het multidisciplinaire team of opname coördinatoren van GR-zorginstellingen. Ook revalidanten zelf en hun naasten zijn niet bevroegd. Bij triage zijn veel verschillende disciplines betrokken en meerdere perspectieven zullen de beschrijving van de triagepraktijk belangrijk aanvullen.

### Aanbevelingen

Een indicatie stellen voor geriatrische revalidatie, triage, is een kerncompetentie van de specialist ouderengeneeskunde. Als poortspecialist voor deze zorg is de specialist ouderengeneeskunde wel in hoge mate betrokken bij triage, maar de werkwijze lijkt niet overal optimaal. Deelname aan ontslagoverleg of MDO, waarbij de patiënt besproken wordt, bevordert een meer geïntegreerde beoordeling van de nazorgindicatie dan schriftelijke triage. Het versterkt ook de transmurale samenwerking voor kwetsbare patiënten.

De resultaten van dit onderzoek wijzen er op dat het triage-instrument maar gedeeltelijk geïmplementeerd en geoperationaliseerd is. Een meer uitgebreide evaluatie is nodig om het instrument te toetsen aan de praktijk en te actualiseren. Daarbij moet ook naar haalbaarheid gekeken worden.

## Conclusie

Specialisten ouderengeneeskunde zijn in meerderheid betrokken bij triage, maar hun expertise wordt maar gedeeltelijk benut. Er is verdeeldheid over triagecriteria. De samenwerking met verwijzers en andere triageprofessionals is in ontwikkeling. Een verdergaande evaluatie, waarin ook haalbaarheid wordt betrokken, is nodig om de triagepraktijk inzichtelijk te maken.

## Auteurs

- Aafke J. de Groot, specialist ouderengeneeskunde, Vivium zorggroep Naarderheem, Amsterdam UMC, locatie VUmc, afdeling ouderengeneeskunde
- Ewout B. Smit, specialist ouderengeneeskunde, Amsterdam UMC, locatie VUmc, afdeling ouderengeneeskunde, Vivium zorggroep, locatie Flevoburen

## Literatuur

1. Triage-instrument Geriatrische Revalidatiezorg. Verenso2012  
[https://www.verenso.nl/\\_asset/\\_public/Dossiers/GRZ/Verensotriage-instrument-GRZversie-maart-2013.pdf](https://www.verenso.nl/_asset/_public/Dossiers/GRZ/Verensotriage-instrument-GRZversie-maart-2013.pdf)
2. Afwegingsinstrument voor opname Eerstelijnsverblijf. Significant, November 2016  
[https://www.verenso.nl/\\_asset/\\_public/Dossiers/Eerstelijnsverblijf/Afwegingsinstrument\\_eerstelijns\\_verblijf\\_2\\_0\\_9\\_november\\_2016-defdef.pdf](https://www.verenso.nl/_asset/_public/Dossiers/Eerstelijnsverblijf/Afwegingsinstrument_eerstelijns_verblijf_2_0_9_november_2016-defdef.pdf)
3. de Groot AJ, Vreeburg EM. Triage en toegang tijdelijke zorg; beter samenwerken aan de poort. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde 2019;(3)
4. Bowles KH, Holmes JH, Ratcliffe SJ et al. Factors identified by experts to support decision making for post-acute referral. Nurs Res. 2009;58(2):115-22.
5. Magdon-Ismail Z, Sicklick A, Hedeman R et al. Selection of Post-acute Stroke Rehabilitation facilities: A Survey of Discharge Planners. Medicine (Baltimore),2016;95(16):e3206
6. Position Paper GRZ. Consortium GRZ, 2017  
[https://www.verenso.nl/\\_asset/\\_public/Nieuws/Nieuws\\_2017\\_2018/Position-Paper-GRZ.pdf](https://www.verenso.nl/_asset/_public/Nieuws/Nieuws_2017_2018/Position-Paper-GRZ.pdf)
7. Nota indicatie stelling MSR. VRA, 2016  
[https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Beleid/nota\\_indicatiestelling\\_def\\_april\\_2016\\_rn\\_vra.pdf](https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Beleid/nota_indicatiestelling_def_april_2016_rn_vra.pdf)
8. Handleiding en toelichting Triage instrument. Verenso, 2013  
[https://www.verenso.nl/\\_asset/\\_public/Dossiers/GRZ/Handleiding-Toelichting-triage-instrument-mrt-2013.pdf](https://www.verenso.nl/_asset/_public/Dossiers/GRZ/Handleiding-Toelichting-triage-instrument-mrt-2013.pdf)

9. Grund S, Gordon AL, van Balen R, Bachman S et al. European consensus on core principles and future priorities for geriatric rehabilitation: consensus statement. Eur geriatr med.2020;11(2):233-8.
10. Helm N. Kwetsbare patiënten opsporen met VMS. Medisch Contact 2013 (68);2:94-6
11. Hoenig H, Siebens H. A Research Agenda for geriatric Rehabilitation. Am J Phys Med Rehabil 2004;83:858-66.
12. Everink I, van Haastrecht J, Kempen G et al. [GRZ opname vanuit de thuissituatie na triage door een specialist ouderengeneeskunde](#). Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde 2018 (6) December.