

Triage Instrument Geriatrische Revalidatiezorg

Versie maart 2013



INITIATIEF:

Verenso

ORGANISATIE:

Verenso

Deelnemende verenigingen en instanties:

NOV

NVN

NVRF

NVV

VRA

V&VN, netwerk transferverpleegkundigen

Dit triage instrument wordt ondersteund door:

ActiZ, organisatie van zorgondernemers

OPDRACHTGEVER:

Stuurgroep Proeftuinen Geriatrische Revalidatiezorg

FINANCIERING:

VWS, directie curatieve zorg

Dit is een uitgave van Verenso, vereniging van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriaters. De publicatie is tot stand gekomen in het kader van de overheveling van de geriatrische revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) en is mogelijk gemaakt door het ministerie van VWS, directie curatieve zorg. Het triage instrument is in opdracht van de Stuurgroep Proeftuinen Geriatrische Revalidatiezorg ontwikkeld. De Stuurgroep Proeftuinen Geriatrische revalidatiezorg bestaat uit: ActiZ, NPCF, NVZ, Verenso, VWS, ZN.

Alles uit deze uitgave mag gebruikt worden met bronvermelding voor publicatie. De publicatie is ook digitaal te raadplegen via www.verenso.nl. Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die desondanks onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden de auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Aan deze publicatie kunnen geen rechten worden ontleend. Onjuistheden en/of suggesties voor verbeteringen kunt u doorgeven aan Verenso.

Deze publicatie is te bestellen bij Verenso:

Postbus 20069

3502 LB Utrecht

030 2823481

Fax 030 28 23 494

E-mail: info@verenso.nl

of te downloaden van het internet: www.verenso.nl

2013 © Verenso

Inhoud

Werkgroepen	3
Projectgroep, ondersteuning en advies	4
Lijst van afkortingen	5
1. Inleiding	
1.1 Aanleiding	6
1.2 Doelstelling	6
1.3 Doelgroep	6
1.4 Gebruikers triage instrument	6
1.5 Definities	7
1.6 Uitgangspunten	8
1.7 Samenstelling van de werkgroepen	9
1.8 Verantwoording werkwijze	9
1.8.1 Patiëntenperspectief	10
1.8.2 Verantwoording en samenvatting van de literatuur	10
1.9 Implementatie	10
1.10 Doorontwikkeling	11
1.11 Leeswijzer	11
2. Triage instrument	
2.1 Stap 1: Screening	12
2.2 Stap 2: Patiëntprofiel	12
2.3 Stap 3: Onderscheidende factoren	14
2.4 Stap 4: Plaatsing	15
3. Proces van triage	
3.1 Procesbeschrijving	16
3.2 Wie mag/kan triage uitvoeren?	18
3.3 Taken en verantwoordelijkheden	18
Samenvatting	20
Bijlagen	
A. Zoekstrategie	21

Werkgroep algemeen

- Dhr. dr. R. van Balen (Romke), specialist ouderengeneeskunde, Laurens locatie Antonius Binnenweg te Rotterdam
- Mevr. dr. L. Heijnen (Lily), revalidatiearts, De Trappenberg te Huizen en UMCU te Utrecht, op voordracht van de VRA
- Dhr. dr. S.K. Schiemanck (Sven), revalidatiearts, AMC te Amsterdam
- Mevr. A. Mollema (Ank), fysiotherapeut, revalidatiecentrum De Vogellanden te Zwolle
- Mevr. M. van Gilsdonk (Marieke), transferverpleegkundige, Antonius ziekenhuis te Nieuwegein
- Dhr. dr. L.N.J.E.M. Coene (Napoleon), orthopedisch chirurg, BovenIJ ziekenhuis te Amsterdam
- Mevr. dr. R. Saxena (Ritu), neuroloog, Maasstadziekenhuis te Rotterdam
- Dhr. drs. J. Koning (Jan), gepensioneerd vaatchirurg, Reinier de Graaff ziekenhuis te Delft

Werkgroep CVA

- Mevr. drs. Chr. Krikke-Sjardijn (Tineke), specialist ouderengeneeskunde, Sint Jacob verpleeghuis Boerhaave en Jacobkliniek te Haarlem
- Dhr. dr. S.K. Schiemanck (Sven), revalidatiearts, AMC te Amsterdam
- Dhr. T. Vluggen (Tom), fysiotherapeut, Vivre Maastricht en promovendus Maastricht University, Department of Health Services Research
- Mevr. S. Leijnse (Suzanne), transferverpleegkundige, stafadviseur transmurale zorg en coördinator transferbureau Vumc te Amsterdam
- Mevr. dr. R. Saxena (Ritu), neuroloog, Maasstad ziekenhuis te Rotterdam

Werkgroep electieve orthopedie, trauma (heup) en amputatie

- Dhr. dr. R. van Balen (Romke), specialist ouderengeneeskunde, Laurens locatie Antonius Binnenweg te Rotterdam
- Dhr. drs. R. van Ingen (Rik), revalidatiearts, Rijnlands Revalidatiecentrum te Leiden
- Mevr. A. Mollema (Ank), fysiotherapeut, revalidatiecentrum De Vogellanden te Zwolle
- Mevr. J. Kok (Jacqueline), transferverpleegkundige, WZC IJsselheem te Kampen
- Dhr. drs. F.J. van Oosterhout (Frank), orthopedisch chirurg, RIVAS locatie Beatrixziekenhuis te Gorinchem en voorzitter commissie kwaliteit NOV (eerste bijeenkomst)
- Dhr. dr. L.N.J.E.M. Coene (Napoleon), orthopedisch chirurg, BovenIJ ziekenhuis te Amsterdam
- Dhr. drs. J. Koning (Jan), gepensioneerd vaatchirurg op voordracht van de NVV

Werkgroep overige aandoeningen

- Dhr. drs. R.M. Boeren (René), specialist ouderengeneeskunde, Stichting Zorgpartners Midden-Holland te Gouda
- Prof. dr. J.M.G.A. Schols, specialist ouderengeneeskunde, Vivre Maastricht en Maastricht University, Department of General Practice and Department of Health Services Research
- Mevr. dr. L. Heijnen, (Lily), revalidatiearts, De Trappenberg te Huizen en UMCU te Utrecht, op voordracht van de VRA
- Dhr. dr. J.S.M. Hobbelen (Hans), fysiotherapeut en bewegingswetenschapper, lector Hanzehogeschool Groningen, senior wetenschappelijk onderzoeker Nederlands Paramedisch Instituut Amersfoort
- Mevr. P. Snoep (Petra), transferverpleegkundige, Zorgbrug Midden-Holland te Gouda

Projectgroep

- Mevr. dr. M.G.T. Dolders (Maria), beleidsmedewerker Verenso, projectleider
- Mevr. J. de Wit (Jolanda), beleidsondersteuner Verenso
- Dhr. P.E. le Rütte (Pieter), beleidsmedewerker Verenso
- Mw. drs. H. van de Sandt (Hanneke), aios ouderengeneeskunde, stagiaire Verenso

Ondersteuning en advies

- Dhr. dokter J. Vlayen (Joan), arts-methodoloog en informatiespecialist, ME-TA instituut te Brussel België
- Mevr. J. Heidstra (Judith), beleidsondersteuner Verenso
- Mevr. drs. L.P.M. Faas (Lauri), communicatieadviseur Verenso

Lijst van afkortingen

ADL	Algemene dagelijkse levensverrichtingen
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CBO	Centraal Begeleidingsorgaan, stichting kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
COPD	Chronic Obestructive Pulmonary Disease
CVA	Cardio Vascular Accident
ICF	Interantional Classification of Functioning, Disability and Health
MS	Multiple Sclerosis
NOV	Nederlandse Orthopaedische Vereniging
NVN	Nederlandse Vereniging voor Neurologie
NVRF	Nederlandse Vereniging van Revalidatie Fysiotherapeuten
NVV	Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie
PICO	Patient (problem or population), Intervention, Comparison, Outcome
VMS	veiligheid management systeem
VRA	Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Zvw	Zorgverzekeringswet

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Aanleiding

In de brief d.d. 13 mei 2011 van minister Schippers van VWS aan de Tweede Kamer wordt beschreven dat kwetsbare ouderen die een medisch specialistische behandeling in het ziekenhuis hebben ondergaan beter en sneller kunnen herstellen met een goede revalidatiezorg. Daardoor kunnen kwetsbare ouderen langer zelfstandig blijven wonen en maatschappelijk actief blijven. Deze vorm van revalidatiezorg, de zogenoemde geriatrie revalidatiezorg, wordt momenteel geleverd vanuit de AWBZ. Geriatrie revalidatiezorg is kortdurend van aard en past daarom beter in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het kabinet is voornemens de geriatrie revalidatiezorg per 1 januari 2013 over te hevelen.

Door de overheveling vervalt de indicatiestelling voor de geriatrie revalidatiezorg door het CIZ. Doordat er geen centrale indicatiestelling meer plaatsvindt, is het noodzakelijk op een andere wijze te selecteren en indiceren. De specialist ouderengeneeskunde krijgt in de indicatiestelling een centrale rol. Daarom heeft de minister aan de specialisten ouderengeneeskunde gevraagd een triage instrument te ontwikkelen in samenwerking met andere beroepsgroepen die betrokken zijn bij de indicatie van revalidatie- en herstellzorg.

1.2 Doelstelling

Bij de start van de ontwikkeling van het triage instrument revalidatiezorg is uitvoerig gesproken over het onderscheid tussen doel en definitie. Een doel wordt omschreven als wat iemand wil bereiken, terwijl een definitie omschrijft wat er onder een bepaalde term verstaan wordt. Met deze afbakening wordt het doel van revalidatietriage vervolgens omschreven als: ervoor zorgen dat de desbetreffende persoon (de patiënt) de juiste zorg en juiste behandeling krijgt op de juiste plaats en op de juiste tijd. Om dit te bereiken is de ontwikkeling van een triage instrument noodzakelijk. Hiermee wordt revalidatietriage bevorderd en de handelwijze van de zorgverleners die betrokken zijn bij revalidatietriage zoveel mogelijk gestandaardiseerd, zodat revalidatietriage consequent en structureel kan worden uitgevoerd.

1.3 Doelgroep

De patiënten die in aanmerking komen voor revalidatiezorg zijn in te delen in vijf diagnoses, namelijk CVA, electieve orthopedie, trauma (voor de helft betreft dit heupfracturen), amputaties en 'overige aandoeningen'. De 'overige aandoeningen' zijn door de werkgroep gespecificeerd in neurodegeneratieve aandoeningen zoals MS, Parkinson en andere progressieve neurologische aandoeningen, oncologische aandoeningen die voor revalidatie in aanmerking komen, COPD, hartfalen, intern systeemfalen en multi-systeemfalen.

1.4 Gebruikers triage instrument

Dit triage instrument is ontwikkeld voor specialisten ouderengeneeskunde en revalidatieartsen. Deze beroepsbeoefenaren zijn eindverantwoordelijk voor de triage van revalidatiezorg en de bijbehorende indicatiestelling voor respectievelijk de GRZ en de MSR. In de huidige praktijk wordt de triage voor een deel door transferbureaus of –verpleegkundigen uitgevoerd. Het triage instrument revalidatiezorg is mede voor deze beroepsgroep ontwikkeld. Een groot aantal disciplines zijn in de praktijk gebruikers van het triage instrument. Allereerst de disciplines die betrokken zijn bij de medisch specialistische interventie die een kwetsbare oudere in het ziekenhuis heeft ondergaan. Daarbij kan gedacht worden aan internisten (ouderengeneeskunde), klinisch geriaters, orthopedisch chirurgen, neurologen, vaatchirurgen, reumatologen, oncologen etc. Deze bepalen wanneer een patiënt medisch specialistisch is uitbehandeld en naar een vervolgvoorziening kan. Daarnaast werken revalidatieartsen en specialisten ouderengeneeskunde veelal in multidisciplinaire teams samen met paramedici en verpleegkundige en verzorgende zorgprofessionals. De aanbeveling voor deze beroepsgroepen is kennis te nemen van het triage instrument revalidatiezorg en zich rekenschap te geven van de consequenties voor hun handelen.

Aangezien het triage instrument revalidatiezorg organisatorische consequenties kan hebben voor ziekenhuizen, revalidatiecentra, zorginstellingen in de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg en andere zorginstellingen, is het van belang dat deze instellingen en hun brancheorganisaties kennis nemen van het triage instrument revalidatiezorg. Daarnaast speelt triage een rol in de financiering van de zorg en is het instrument van belang voor zorgverzekeraars.

1.5 Definities

Het triage instrument bevordert de standaardisatie van de handelwijze van zorgverleners die betrokken zijn bij de triage van revalidatiezorg. In de beschrijving van het triage instrument wordt een aantal termen gebruikt met de hieronder beschreven definiëring.

Basis monodisciplinaire behandeling

Behandeling die wordt geleverd door één behandelaar.

Basis verpleegkundige zorg

Zorg die wordt geleverd door verzorgenden of verpleegkundigen waarbij één zorgverlener (niet meer dan één paar handen aan het bed) nodig is.

Belastbaarheid

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.

Complexe multimorbiditeit

De aanwezigheid van verschillende ziekten, stoornissen, beperkingen en handicaps die leiden tot het verlies van welbevinden, waarbij de oorzaken van de problemen moeilijk te ontrafelen zijn en de effecten van de behandeling van de afzonderlijke ziekten nogal eens anders zijn dan verwacht.

Geriatrische revalidatiezorg

De definitie van geriatrische revalidatiezorg werd door een werkgroep van specialisten ouderengeneeskunde in 2009 als volgt gedefinieerd: geïntegreerde multidisciplinaire zorg die is gericht op verwacht herstel van functioneren en participatie bij laag-belastbare ouderen (frail elderly) na een acute aandoening of functionele achteruitgang. In de brief d.d. 13 mei 2011 van minister Schippers van VWS aan de Tweede Kamer werd deze definitie als volgt uitgewerkt:

- Er heeft medisch-specialistische diagnostiek/ interventie plaatsgevonden, waarbij doorgaans¹ sprake is geweest van een opname en deze is afgerond;
- 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 combinatie tot verminderde leer- en trainbaarheid leiden;
- 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.

Herstelzorg

Basis medische monodisciplinaire behandeling en basis verpleegkundige zorg waarbij gestreefd wordt naar verbetering en op zijn minst behoud van het functioneren en het behoud of vergroten van (maatschappelijke) participatie.

Hertrriage

Het opnieuw uitvoeren van triage. Hertrriage wordt op vaste tijdstippen uitgevoerd of zo spoedig mogelijk indien de gezondheidstoestand van de patiënt verandert.

¹ Deze tekst verschilt van de aanspraken die door de Eerste en Tweede Kamer zijn goedgekeurd.

Kwetsbaarheid

Een gelijktijdige afname op meer gebieden van het vermogen om weerstand te bieden aan fysieke belasting en bedreigingen door omgevingsinvloeden, waarbij sprake is van verlies aan vitaliteit, zowel lichamelijk als geestelijk.

Medische stabiliteit

Evenwicht in de (vitale) functies van een patiënt zodanig dat zijn gezondheidstoestand niet of nauwelijks verandert.

Medisch specialistische revalidatiezorg

Revalidatiezorg te verlenen door een aan een instelling voor revalidatiezorg verbonden multidisciplinair team van deskundigen onder de eindverantwoordelijkheid van een revalidatiearts. Om een indicatie voor medisch specialistische revalidatiezorg te verkrijgen spelen de volgende factoren een belangrijke rol:

- Er is sprake van stoornissen die (kunnen) leiden tot complexe en/of ingrijpende blijvende beperkingen;
- De verwachte mate van herstel;
- De meervoudigheid van de aanwezige of te verwachten beperkingen, gecombineerd met de complexiteit van de doelstellingen. Hierbij wordt het premorbide niveau van functioneren van de patiënt in aanmerking genomen;
- De trainbaarheid/leerbaarheid en belastbaarheid;
- De mogelijkheid dat de patiënt weer (op termijn) in een eigen eventueel aangepaste woonsituatie kan functioneren.

Revalidatie

Een multidisciplinaire, doelgerichte en taakgeoriënteerde diagnostiek of behandeling op zijn minst ter behoud, maar strevende naar verbetering van het functioneren en het behoud of vergroten van (maatschappelijke) participatie.

Triage

Een zo vroeg mogelijk gestart dynamisch beslisproces waarmee patiënten, waarvan verwacht wordt dat er beperkingen in activiteiten en/of participatie (of een verergering daarvan) zullen ontstaan, worden geïndiceerd tijdens een ziekenhuisopname voor de juiste revalidatiezorg op de juiste plaats.

Uitgestelde triage

Het in kaart brengen van de patiëntkenmerken en de onderscheidende factoren is door de toestand van de patiënt niet of nauwelijks mogelijk. Een indicatiebesluit kan hierdoor niet worden vastgesteld op het moment dat een revalidatiearts of specialist ouderengeneeskunde dat zou willen.

1.6 Uitgangspunten

De uitgangspunten voor het triage instrument zijn in de diverse overlegstructuren rond de overheveling van geriatrische revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zvw als volgt geformuleerd:

1. Triage dient aan te sluiten bij de landelijk vastgestelde definitie voor geriatrische revalidatiezorg. De werkgroep voegt daaraan toe dat triage een keuze betekent tussen medisch specialistische revalidatiezorg of geriatrische revalidatiezorg. Triage sluit dan ook aan bij de definitie van medisch specialistische revalidatiezorg
2. De toewijzing van patiënten voor revalidatiezorg en de indicatiestelling voor medisch specialistische revalidatiezorg of geriatrische revalidatiezorg dienen volgens een uniforme procedure plaats te vinden
3. Het triage instrument dient één format te zijn dat uitwisselbaar is tussen de verschillende gedefinieerde diagnosegroepen
4. Het triage instrument dient uit te gaan van de gewenste situatie van de patiënt. Het dient met andere woorden (zorg)vraaggericht te zijn.

1.7 Samenstelling van de werkgroepen

De samenstelling van de werkgroepen is tot stand gekomen door de wetenschappelijke beroepsverenigingen te benaderen van medisch specialisten die betrokken zijn bij de verschillende diagnosegroepen die aanleiding kunnen geven tot revalidatiezorg. Daarnaast werd de beroepsvereniging van fysiotherapeuten en verpleegkundigen en verzorgenden benaderd. De beroepsvereniging van verpleegkundigen en verzorgenden stuurde het verzoek tot deelname door aan het netwerk transferverpleegkundigen. Deze verpleegkundigen werken in een ziekenhuis, verpleeghuis of revalidatiecentrum. Een van hun doelen is de doorstroom van patiënten naar de vervolgvoorziening te optimaliseren. Om praktische redenen werden een algemene werkgroep en drie diagnosespecifieke werkgroepen geformeerd. De volgende disciplines namen deel aan alle werkgroepen: specialisten ouderengeneeskunde, revalidatieartsen, fysiotherapeuten en transferverpleegkundigen. Afhankelijk van de diagnose namen de volgende disciplines deel: orthopedisch chirurgen voor electieve orthopedie en trauma, neurologen voor CVA, vaatchirurgen voor amputatie. Deze disciplines namen ook deel aan de algemene werkgroep. Door de diverse samenstelling van de werkgroepen werd het doel bereikt een brug te slaan tussen de sector cure en de sector care.

1.8 Verantwoording werkwijze

De werkwijze voor het ontwikkelen van het triage instrument voor de revalidatiezorg is zoveel mogelijk gelijkgesteld met de werkwijze voor het ontwikkelen van een richtlijn. Allereerst is gezocht naar de actuele stand van de wetenschap betreffende triage in het algemeen en tevens triage voor de diverse diagnose groepen. De gevonden literatuur is beoordeeld, evidence tabellen zijn gemaakt en conclusies geformuleerd. Voor de spoedeisende hulp is een richtlijn ontwikkeld, die voor het ontwikkelen van het triage instrument revalidatiezorg als uitgangspunt is genomen. In proeftuinen voor de geriatrische revalidatiezorg waarin innovatief zorgaanbod is vorm gegeven, komt triage veelvuldig als belangrijk innovatief zorgaanbod naar voren. Met de proeftuinen die een triage instrument hebben ontwikkeld, is zoveel mogelijk afgestemd. Voorafgaande aan de ontwikkeling van het triage instrument revalidatiezorg zijn de verwachtingen van Zorgverzekeraars Nederland geïnventariseerd.

In de eerste vergadering van de algemene werkgroep werden het doel en de definitie van triage gedefinieerd. Tevens werden in deze bijeenkomst de vragen beantwoord welke patiënten er in aanmerking komen voor revalidatiezorg en welke patiënten er met een triage instrument beoordeeld dienen te worden. Vervolgens werd in de tweede bijeenkomst gediscussieerd over het proces van triage. In de laatste bijeenkomst werd het triage instrument ontwikkeld. Vervolgens is een conceptversie van het triage instrument in een presentatie verwerkt. Dit concept is middels mailwisselingen inhoudelijk besproken. Vervolgens is het triage instrument gepresenteerd en op grond van de feedback aangepast. Daarna is de concepttekst van het triage instrument revalidatiezorg geschreven. Deze concepttekst werd door de werkgroepleden becommentarieerd. De vernieuwde versie is nogmaals ter discussie voorgelegd. Na verwerking van de commentaren zijn de conceptteksten door de werkgroepleden geaccordeerd.

Om te komen tot een patiëntprofiel en om de organisatie praktisch werkbaar te houden, zijn enkele van de vijf diagnoses voor de geriatrische revalidatiezorg geclusterd, zodat er drie specifieke werkgroepen ontstonden. De eerste werkgroep behandelde de diagnose CVA, de tweede werkgroep de diagnoses electieve orthopedie, trauma en amputatie en de derde werkgroep behandelde de 'overige aandoeningen'. De drie diagnosespecifieke werkgroepen zijn elk tweemaal bij elkaar geweest.

Voor alle diagnosespecifieke werkgroepen was de vraagstelling dezelfde, namelijk te komen tot een patiëntprofiel voor de triage van revalidatiezorg op basis van patiëntkenmerken. In alle diagnosespecifieke werkgroepen werd de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) als uitgangspunt genomen. De uitwerking en invulling van de ICF is voor de verschillende diagnoses echter zeer verschillend geweest. Hoofdvraag was steeds of een bepaald onderdeel binnen een van de domeinen van de ICF onderscheidend is voor de triage voor medisch specialistische revalidatiezorg of geriatrische revalidatiezorg.

Zo werd in de werkgroep CVA bijvoorbeeld besloten dat laesiekenmerken voor het stellen van de revalidatiediagnose en het opstellen van een behandelplan belangrijk zijn. Voor de triage medisch specialistische revalidatiezorg of geriatrische revalidatiezorg zijn laesiekenmerken niet onderscheidend. Een voorbeeld van een factor die wel onderscheidend is, is de functionele prognose.

Door de diagnosespecifieke werkgroepen is de ICF zo uitgebreid mogelijk uitgewerkt en ingevuld en zijn onderscheidende kenmerken tussen medische revalidatiezorg en geriatrische revalidatiezorg benoemd. Vervolgens is door de algemene werkgroep bekeken of voor de verschillende diagnoses een apart triage instrument zou moeten worden ontwikkeld of dat de verschillende patiëntprofielen dusdanig geconvergeerd konden worden dat er één triage instrument zou kunnen ontstaan. Volgens de algemene werkgroep kon op basis van de gegevens uit de diagnosespecifieke werkgroepen één triage instrument worden ontwikkeld dat voor de diverse diagnoses verschillend kan en moet worden ingevuld.

1.8.1 Patiëntenperspectief

Het behandel- en zorgbeleid van een patiënt wordt nadrukkelijk in samenspraak met de patiënt of diens vertegenwoordiger vastgesteld en verricht, op grond van de hulpvraag van de patiënt, de motivatie van de patiënt en de revalidatiemogelijkheden. Omdat het triage instrument revalidatiezorg is gebaseerd en gericht op de handelwijze van een specialist ouderengeneeskunde en revalidatiearts staat hun rol centraal. Om praktische redenen komt het patiëntenperspectief in het triage instrument revalidatiezorg niet telkens opnieuw aan de orde, maar wordt het hier vermeld.

1.8.2 Verantwoording en samenvatting van de literatuur

In tegenstelling tot het ontwikkelen van een richtlijn op basis van uitgangsvragen die zoveel mogelijk volgens de PICO-methode worden geformuleerd, werd een brede, systematische zoekstrategie ondernomen naar gepubliceerde wetenschappelijke literatuur betreffende het onderwerp triage. Er werd gezocht in OVID medline op de literatuurperiode 2001-2011. De zoekacties zijn door een deskundig medewerker van het Medical Evaluation Technology Assessment instituut verricht. Een overzicht van de zoekacties is opgenomen in bijlage A. Op basis van de titels en de abstracts is geselecteerd welke 'full-text' artikelen een mogelijke bijdrage aan het onderwerp triage konden leveren. Het volledige artikel werd vervolgens opgevraagd en in evidence tabellen samengevat. Tevens werd het artikel beoordeeld op kwaliteit aan de hand van het QUIPS-tool van het CBO. In de werkwijze van het ontwikkelen van het triage instrument is ervoor gekozen de literatuur als referentie te gebruiken en niet te beschrijven zoals dat in richtlijnen gebruikelijk is. Desondanks zijn de evidence tabellen opgenomen en terug te vinden in bijlage B.

1.9 Implementatie

Het triage instrument is door de leden van de algemene werkgroep becommentarieerd. Het commentaar is verwerkt en een vervolgoncept is door de werkgroepleden vastgesteld. Voor de implementatie wordt een handreiking geschreven. Daarnaast wordt voor de specialisten ouderengeneeskunde een (PowerPoint) presentatie gemaakt die kan worden gebruikt bij regiobijeenkomsten. In de verschillende nieuwsbrieven van de veldpartijen wordt het triage instrument onder de aandacht gebracht. Voor Verenso geldt dat er een nieuwsbrief voor specialisten ouderengeneeskunde is en een nieuwsbrief voor externen. Een samenvatting van het triage instrument wordt ter publicatie aangeboden aan het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, het Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde, het Nederlands Tijdschrift voor Neurologie en het Nederlands Tijdschrift voor Orthopedie.

1.10 Doorontwikkeling

Het voorliggende triage instrument revalidatiezorg is een instrument dat op basis van de huidige stand van 'de wetenschap' en praktijk in zowel de medisch specialistische revalidatiezorg als in de geriatrische revalidatiezorg is ontwikkeld. Beide vormen van revalidatiezorg zijn volop in ontwikkeling en het triage instrument dient hierop te worden doorontwikkeld.

Volgens de werkgroep dient het triage instrument revalidatiezorg doorontwikkeld te worden op de volgende punten:

- Een nadere uitwerking van de patiëntprofielen;
- Uitwerking van meetinstrumenten die passen bij de gedefinieerde patiëntprofielen, met andere woorden: klinimetrie en afkappunten;
- Het uitvoeren van validatiestudies;
- Voor de doorontwikkeling van het triage instrument dient wetenschappelijk onderzoek te worden opgezet en gefaciliteerd. Het betreft hier de klinimetrie en de afkappunten bij de patiëntprofielen en het uitvoeren van validatiestudies.

1.11 Leeswijzer

Het triage instrument revalidatiezorg is opgebouwd uit 4 hoofdstukken. Na deze inleiding wordt in hoofdstuk 2 het proces van triage beschreven. In hoofdstuk 3 wordt het triage instrument revalidatiezorg beschreven. Het instrument bestaat uit 4 stappen, namelijk: screening, patiëntprofiel, onderscheidende factoren en de plaatsing. Bij screening wordt de vraag beantwoord welke patiënten in aanmerking kunnen komen voor revalidatiezorg. Het patiëntprofiel is beschreven vanuit ICF. In deze stap vindt het geriatrisch assessment plaats en komt de specialist ouderengeneeskunde in samenwerking met de revalidatiearts tot een functionele prognose die een rol speelt in de revalidatie diagnose. In de toewijzing naar de medisch specialistische revalidatiezorg of de geriatrische revalidatiezorg zijn enkele belangrijke factoren te onderscheiden. Deze onderscheidende factoren staan beschreven in stap 3. In de laatste stap wordt de uitvoering van de beslissing welke revalidatiezorg het beste bij de patiënt past, beschreven. In hoofdstuk 4 wordt aangegeven hoe het triage instrument kan worden gebruikt. In de bijlagen zijn enerzijds zoekstrategieën (bijlage A) en evidence tabellen (bijlage B) terug te vinden ter onderbouwing van de gevolgde werkwijze. Vanwege de leesbaarheid wordt de mannelijke vorm aangehouden. Daar waar hij of hem staat kan ook zij of haar gelezen worden.

Hoofdstuk 2 Triage instrument

Het triage instrument voor de revalidatiezorg bestaat uit 4 stappen. Stap 1 is de screening. In stap 2 wordt de patiënt in kaart gebracht volgens de ICF resulterend in een patiëntprofiel. Vervolgens worden in stap 3 de onderscheidende factoren tussen de medisch specialistische revalidatiezorg en de geriatrische revalidatiezorg benoemd. Stap 4 is de uitvoeringsfase waarbij de plaatsing van de patiënt wordt geregeld.

2.1 Stap 1: Screening

In 2013 wordt in ziekenhuizen het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) verplicht. In dit VMS worden indicatoren geregistreerd met het doel risico's in kaart te brengen en complicaties te voorkomen. Voor ouderen boven de 70 jaar worden vier indicatoren geregistreerd. Deze indicatoren zijn het risico op een delier, op vallen, op ondervoeding en op fysieke beperkingen. Deze vier indicatoren geven een beeld van kwetsbaarheid.

De werkgroep is van mening dat voor de triage voor revalidatiezorg het meten van kwetsbaarheid middels deze indicatoren onvoldoende is. Tevens is aan het vaststellen van risico's op kwetsbaarheid volgens het VMS een leeftijdsgrens gekoppeld. De registratie van de indicatoren vindt plaats bij ouderen boven de 70 jaar. Voor geriatrische revalidatiezorg komen ook jongere patiënten in aanmerking die met de toepassing van de indicatoren van het VMS buiten de geriatrische revalidatiezorg zouden vallen. De werkgroep geeft aan dat het selectie criterium 70 jaar arbitrair is en dat niet de kalenderleeftijd maar wel de biologische leeftijd een criterium is.

Volgens de werkgroep dienen aan patiënten die in aanmerking kunnen komen voor het invullen en afnemen van het triage instrument voor revalidatiezorg twee screeningsvragen gesteld te worden. Dit is de eerste stap van het triage instrument revalidatiezorg.

De twee screeningsvragen zijn:

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 monodisciplinaire behandeling en/of basis verpleegkundige zorg?

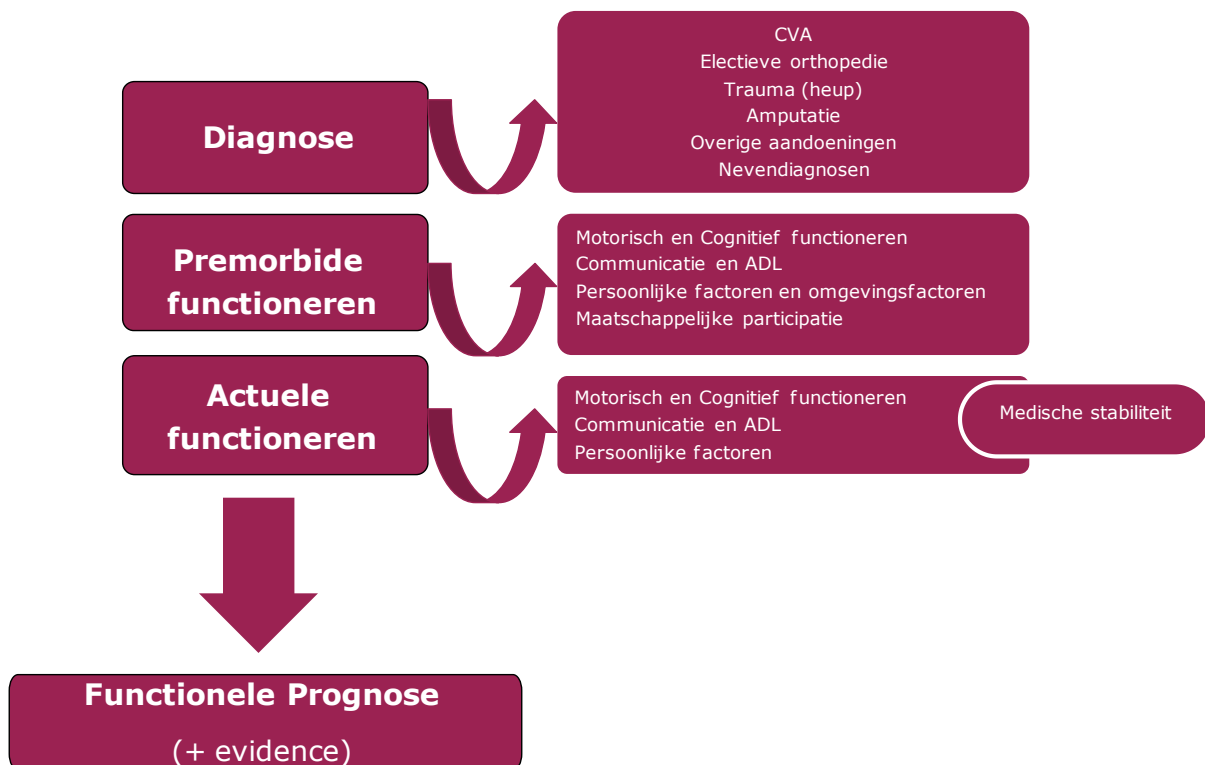
Indien op beide vragen ja wordt geantwoord dan volgt hieruit een verwijzing naar de vervolgstap van het triage instrument revalidatiezorg. Indien op beide vragen nee wordt geantwoord, dan is het duidelijk dat revalidatiezorg voor deze patiënt niet van toepassing is. In het geval dat op de eerste vraag ja wordt geantwoord en op de tweede vraag nee, is er sprake van herstellzorg (zie definities paragraaf 1.5), bestaande uit basis monodisciplinaire behandeling en basis verpleegkundige zorg. De basis monodisciplinaire behandeling kan worden geleverd door een huisarts. Deze verwijst zondig door naar de fysiotherapeut. Als bij screeningsvraag 1 of 2 twijfel bestaat en 'weet niet' wordt ingevuld dan wordt een revalidatiearts of specialist ouderengeneeskunde in consult geroepen. Revalidatiearts en specialist ouderengeneeskunde maken hierover onderling afspraken.

2.2 Stap 2: Patiëntprofiel

Het ICF is een internationaal model om het menselijk functioneren en de belemmeringen daarin te classificeren. Het menselijk functioneren en belemmeringen daarin kunnen worden beschreven aan de hand van vijf domeinen, namelijk: 'functies en anatomische eigenschappen van het menselijk organisme', 'activiteiten', 'participatie'. Daarnaast worden de domeinen externe en persoonlijke factoren in de ICF omschreven. Het ICF wordt in het triage instrument revalidatiezorg gebruikt om het patiëntprofiel in kaart te brengen.

In het kader van het ICF wordt op de eerste plaats de vraag beantwoord wat er met de patiënt aan de hand is. Hierbij wordt de diagnose gesteld en de nevendiagnosen worden in kaart gebracht. Vervolgens wordt het premorbide functioneren van de patiënt aan de hand van de vraag hoe de patiënt functioneerde voordat het incident plaatsvond, beantwoord. Daarbij wordt gebruik gemaakt van het in kaart gebrachte motorisch en cognitief functioneren, het functioneren op het gebied van communicatie en algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), de persoonlijke en omgevingsfactoren en de maatschappelijke participatie. Tevens wordt gekeken naar de medische stabiliteit van de patiënt voordat het incident plaats vond. Vervolgens wordt de functionele status, dit is het actuele functioneren van de patiënt, in kaart gebracht. Dit gebeurt aan de hand van het motorisch en cognitief functioneren, het functioneren op het gebied van communicatie en ADL en de persoonlijke factoren. Hierbij wordt de aanname gedaan dat de omgevingsfactoren en maatschappelijke participatie in de fase van de actuele functionele status van de patiënt gelijk blijven aan de premorbide situatie van de patiënt. Bij de functionele status wordt de medische stabiliteit op dat moment beoordeeld.

De diagnose, de nevendiagnosen (multimorbiditeit), het premorbide en actuele functioneren en de medische stabiliteit leiden gezamenlijk tot inzicht in de functionele prognose van de patiënt (zie figuur 1). Deze functionele prognose is afhankelijk van herstelmechanismen van de aandoening. De herstelmechanismen van de aandoening zijn te beïnvloeden door therapie, trainbaarheid en belastbaarheid. In de loop van de tijd kan de functionele prognose verbeteren. Hieruit volgt dat het stellen van de functionele prognose een dynamisch proces is. Volgens de werkgroep dient de eindverantwoordelijkheid voor het vaststellen van de functionele prognose te liggen bij een revalidatiearts en specialist ouderengeneeskunde met kennis van de evidence uit de wetenschappelijke literatuur. Dit betekent dat de revalidatiearts de functionele prognose vaststelt bij patiënten waarvan duidelijk is dat er sprake is van complexe revalidatievragen. De specialist ouderengeneeskunde stelt de functionele prognose vast bij patiënten met revalidatievragen, complexe multimorbiditeit en kwetsbaarheid. Bij twijfel overleggen de revalidatiearts en de specialist ouderengeneeskunde.



Figuur 1: Patiëntprofiel




2.3 Stap 3: Onderscheidende factoren

De functionele prognose van de patiënt, passend bij de diagnose en de nevendiagnosen (multimorbiditeit), is naast belastbaarheid en trainbaarheid/leerbaarheid van de patiënt bepalend voor de benodigde intensiteit van de revalidatiebehandeling. En dus is de functionele prognose van belang bij de keuze voor medisch specialistische revalidatiezorg of geriatrische revalidatiezorg (zie figuur 2). De keuze voor medisch specialistische revalidatiezorg of geriatrische revalidatiezorg is afhankelijk van de (zorg)behoefte van de patiënt die volgt uit inzicht in de functionele prognose, de medische stabiliteit, de benodigde intensiteit van de behandeling en in een later stadium de motivatie van de patiënt. Daarnaast wordt de benodigde specialisatie van de therapie meegewogen in de keuze voor medisch specialistische revalidatiezorg of geriatrische revalidatiezorg.



Figuur 2: Van functionele prognose naar objectivering

Onderscheidende factoren (zie figuur 3) tussen de medisch specialistische revalidatiezorg en de geriatrische revalidatiezorg zijn volgens de werkgroep: medische stabiliteit, benodigde intensiteit van de behandelstrategie, motivatie van de patiënt en de benodigde specialisatie van de therapie. Ofschoon deze lijst geen volgorde of prioriteiten kent, is de werkgroep van mening dat de beoordeling van de medische stabiliteit hierop een uitzondering vormt. De medische stabiliteit dient volgens de werkgroep als eerste te worden beoordeeld en weegt in de besluitvorming als zwaarste mee.

Beoordeling			
Factoren			
Medische stabiliteit			
Intensiteit			
Motivatie *			

Specialisatie (kwalitatieve beoordeling)

* Naast motivatie ook hulpvraag van de patiënt

Figuur 3: Onderscheidende factoren

De onderscheidende factoren kunnen worden beoordeeld door een vlag te plaatsen. Een groene vlag betekent dat de patiënt medisch stabiel is, een hoge intensiteit van de therapie nodig heeft en een hoge motivatie heeft. Een rode vlag betekent dat de patiënt medisch instabiel is, een lage intensiteit van de therapie nodig heeft en niet of nauwelijks gemotiveerd is. Hierbij dient te worden aangetekend dat motivatie door de therapie kan worden beïnvloed. Een oranje vlag betekent dat medische stabiliteit, benodigde intensiteit van de therapie en motivatie nog onduidelijk zijn. De werkgroep geeft als voorbeeld dat een patiënt met drie groene vlaggen geïndiceerd wordt voor medisch specialistische revalidatiezorg en dat een patiënt met drie rode vlaggen geïndiceerd wordt voor geriatrische revalidatiezorg. Voor alle tussenliggende mogelijkheden wordt een handleiding geschreven die in oktober 2012 beschikbaar zal zijn. Het triage instrument is een hulpmiddel voor bij de screening en revalidatiezorg betrokken hulpverleners en specialisten. Echter, bij de besluitvorming voor een indicatie medisch specialistische revalidatiezorg of geriatrische revalidatiezorg spelen de motivatie en de hulpvraag van de patiënt tevens een belangrijke rol.

2.4 Stap 4: Plaatsing

In de praktijk indiceert de revalidatiearts voor MSR of de specialist ouderengeneeskunde voor GRZ. Bij patiënten waarbij de indicatie niet duidelijk gesteld kan worden, is overleg tussen deze twee disciplines noodzakelijk om the besluiten waar de patiënt het beste op zijn plaats is. Daarna stelt of de revalidatiearts of de specialist ouderengeneeskunde de indicatie.

Het besluit voor het type revalidatiezorg wordt vervolgens aan een transferbureau of – verpleegkundige kenbaar gemaakt. Het bureau of de verpleegkundige zal de organisatie van het besluit uitvoeren en zorg dragen voor de overplaatsing naar de juiste vervolgvoorziening.

Hoofdstuk 3 Proces van triage

In dit hoofdstuk wordt het proces van triage voor revalidatiezorg nader toegelicht. De werkgroep heeft thema's benoemd die bij het proces van triage aan bod dienen te komen. Daarnaast heeft de werkgroep vragen gesteld die bij het triage proces van belang zijn. Vervolgens wordt beschreven wie de triage mag/kan uitvoeren en welke taken en verantwoordelijkheden daarbij passen.

3.1 Procesbeschrijving

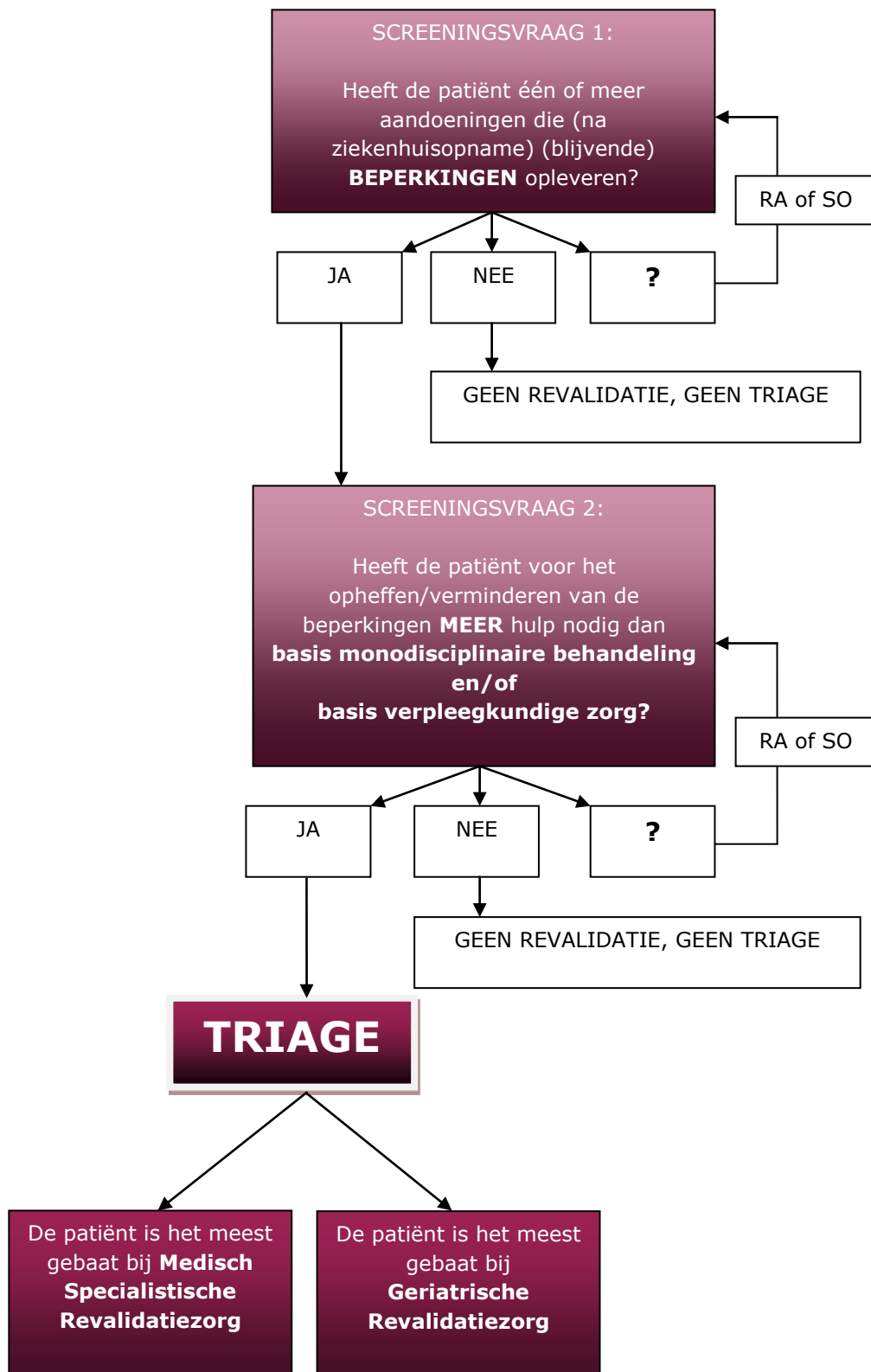
Triage voor revalidatiezorg gaat plaatsvinden in het ziekenhuis. Vanuit de definitie van triage volgt dat het dynamische beslisproces zo vroeg mogelijk dient te starten. Voor electieve orthopedie patiënten kan dit proces al starten bij het poliklinische bezoek aan de medisch specialist voorafgaande aan de ingreep. Voor andere diagnosegroepen is dit het moment van opname, waarbij de start van het dynamische beslisproces ook op de spoedeisende hulp kan liggen. Het eerste moment van triage is dan ook voor de diverse diagnosegroepen verschillend.

De werkgroep geeft daarbij aan dat voor de triage keuzes gemaakt dienen te worden en dat daarbij eerst inzicht moet worden verkregen welke patiënten in aanmerking kunnen komen voor revalidatiezorg. Het proces staat schematisch weergegeven in figuur 4.

Volgens de werkgroep dienen voorafgaande aan de triage twee screeningsvragen gesteld te worden (zie hoofdstuk 2, stap 1). Deze vragen zijn een aanvulling op de vier indicatoren die in het kader van het in 2013 verplichte VMS in de verpleegkundige anamnese worden geregistreerd. Deze indicatoren geven een beeld van kwetsbaarheid. De werkgroep is van mening dat voor de triage voor revalidatiezorg het meten van kwetsbaarheid middels deze indicatoren onvoldoende is. De werkgroep adviseert bij alle patiënten twee screeningsvragen af te nemen. Voor patiënten boven de 70 jaar kan dat gelijktijdig met de afname van de indicatoren van het VMS. De afname van de indicatoren voor het VMS dient binnen 24 uur na opname voltooid te zijn. In uitzonderingsgevallen kan dit 48 uur worden. Voor het stellen van de twee screeningsvragen wordt dezelfde tijdstermijn aangehouden. Op basis van de twee screeningsvragen kan een onderscheid worden gemaakt tussen monodisciplinaire behandeling en multidisciplinaire behandeling. Dit onderscheid is van wezenlijk belang bij de beslissing of revalidatiezorg aangewezen is. Bij twijfel schakelt de zorgverlener altijd de revalidatiearts of de specialist ouderengeneeskunde in. Deze stap dient te worden uitgevoerd ook als de functionele (revalidatie)diagnose nog niet is gesteld. Is revalidatiezorg aangewezen dan volgt het in kaart brengen van de patiëntkenmerken. Op basis hiervan kan een uitspraak worden gedaan over de functionele prognose van een patiënt.

Naast de functionele prognose zijn voor het toewijzen van patiënten naar een van de twee typen revalidatiezorg de volgende onderscheidende factoren van belang: medische stabiliteit, belastbaarheid, leerbaarheid/trainbaarheid en de motivatie van de patiënt. Er is sprake van uitgestelde triage indien het in kaart brengen van de patiëntkenmerken en de onderscheidende factoren door de toestand van de patiënt niet of nauwelijks mogelijk is. Hierdoor kan geen indicatie voor medische specialistische revalidatiezorg of geriatrische revalidatiezorg worden afgegeven. In de praktijk zal dit voorkomen bij specifieke patiëntengroepen, bijvoorbeeld patiënten met een (acuut) delier. De werkgroep is zich bewust dat behandeling van een delier in het ziekenhuis geen wenselijke situatie is. Hiervoor dient een andere oplossing te worden gezocht.

Nadat de eerste toewijzing van patiënten naar een van beide vormen van revalidatiezorg is gebeurd, dient deze toewijzing gemonitord te worden en wordt periodiek hertriage uitgevoerd. Volgens de werkgroep dient hertriage plaats te vinden op basis van tijdstippen en niet op basis van patiëntkenmerken. Daarbij adviseert de werkgroep vaste tijdstippen voor hertriage om te voorkomen dat monitoring wordt vergeten en overgeslagen. Uitzonderingen op deze vaste tijdstippen zijn in de praktijk altijd mogelijk indien de gezondheidstoestand van de patiënt in de tussenliggende tijd verandert.



Figuur 4: Triage proces

3.2 Wie mag/kan triage uitvoeren?

De werkgroep besluit dat de eerste stap van het triage instrument revalidatiezorg, de screening, door een zorgverlener van minimaal niveau 4 moet worden uitgevoerd. In de praktijk betekent dit een verpleegkundige niveau 4 of niveau 5, of een arts. Daarbij is het wel van belang dat de screeningsvragen worden afgenomen door een zorgverlener die inhoudelijk betrokken is bij het specialisme dat gaat over de (voorlopige) diagnose bij de patiënt. Bijvoorbeeld de screening bij een patiënt met een te plannen totale heup/knie prothese door een verpleegkundige van de poli orthopedie en een gebroken heup door een verpleegkundige van de afdeling chirurgie.

Het in kaart brengen van de patiënt gebeurt in de praktijk door veel verschillende disciplines die op een bepaald gebied deskundig zijn en de benodigde expertise hebben in samenspraak met revalidatiearts en specialist ouderengeneeskunde. De fysiotherapeut wordt over het algemeen betrokken bij het in kaart brengen van het motorisch functioneren, de logopedist bij het communicatiedomein etc. Op basis van deze gegevens kan de functionele prognose worden opgesteld.

Volgens de werkgroep dient het vaststellen van de functionele prognose te gebeuren door een revalidatiearts of specialist ouderengeneeskunde met kennis van de evidence uit de wetenschappelijke literatuur. Dit betekent dat de revalidatiearts de functionele prognose vaststelt bij patiënten met complexe revalidatievragen. De specialist ouderengeneeskunde stelt de functionele prognose vast bij patiënten met revalidatievragen, complexe multimorbiditeit en kwetsbaarheid. Bij twijfel overleggen de revalidatiearts en de specialist ouderengeneeskunde. Hierbij moet worden opgemerkt dat de medisch specialist dient aan te geven wanneer de patiënt naar de vervolgvoorziening kan worden overgeplaatst.

Op basis van de functionele prognose, de medische stabiliteit, de leerbaarheid/trainbaarheid en de motivatie wordt de patiënt door de revalidatiearts geïndiceerd voor medisch specialistische revalidatiezorg of door de specialist ouderengeneeskunde voor geriatrische revalidatiezorg. Met andere woorden: degene die triëert (de revalidatiearts of specialist ouderengeneeskunde) bepaalt de benodigde behandeling en de setting, maar bepaalt niet de specifieke zorginstelling. De specialist ouderengeneeskunde en de revalidatiearts kunnen echter wel een advies uitbrengen voor een bepaalde zorginstelling.

Het indicatiebesluit wordt uitgevoerd door een transferbureau of transferverpleegkundige. Deze adviseert en plaatst de patiënt naar de vervolginstelling. Hierbij wordt naast het advies van de specialist ouderengeneeskunde of revalidatiearts ook de keuze van de patiënt betrokken.

3.3 Taken en verantwoordelijkheden

De taken en verantwoordelijkheden van de disciplines die betrokken zijn bij de triage voor revalidatiezorg staan in de verschillende hoofdstukken impliciet genoemd. In deze paragraaf worden de taken en verantwoordelijkheden expliciet vermeld.

De screening van de patiënt voor revalidatiezorg gebeurt door een zorgverlener met minimaal niveau 4. Het is de taak van deze zorgverlener om ervoor te zorgen dat de twee screeningsvragen binnen 24 uur worden gesteld. In uitzonderlijke gevallen kan dit binnen 48 uur zijn. Op basis van de uitkomsten op de twee screeningsvragen beoordeelt deze zorgverlener of de patiënt voor triage voor revalidatiezorg in aanmerking komt. Bij twijfel schakelt de zorgverlener de revalidatiearts of de specialist ouderengeneeskunde in. De revalidatiearts en specialist ouderengeneeskunde maken onderling afspraken wie bij twijfel op de screeningsvragen in consult geroepen dient te worden en communiceren dit naar zorgverleners met minimaal niveau 4. Het verdient de voorkeur dat het ziekenhuis hiervoor een voor alle afdelingen geldend protocol opstelt en communiceert.

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 triage voor revalidatiezorg schakelt de medisch specialist de revalidatiearts of de specialist ouderengeneeskunde in.

Het vaststellen van de functionele prognose gebeurt door een revalidatiearts of specialist ouderengeneeskunde met kennis van de evidence uit de wetenschappelijke literatuur. Dit betekent dat de revalidatiearts de functionele prognose vaststelt van patiënten met complexe revalidatievragen. De specialist ouderengeneeskunde stelt de functionele prognose vast van patiënten met revalidatievragen, complexe multimorbiditeit en kwetsbaarheid. Bij twijfel overleggen de revalidatiearts en de specialist ouderengeneeskunde. Zij bepalen dan onderling op basis van de criteria welke patiënten worden geïndiceerd voor een van de beide vormen van revalidatiezorg. Dit kan door een geprotocolleerd samenwerkingsverband na te streven. Bij het indicatiebesluit voor medisch specialistische revalidatie wordt tevens door de revalidatiearts aangegeven of het klinische dan wel poliklinische medisch specialistische revalidatiezorg betreft.

De revalidatiearts of specialist ouderengeneeskunde maakt het indicatiebesluit kenbaar aan het transferbureau of de – verpleegkundige. Deze bepaalt in samenspraak met de patiënt naar welke zorginstelling de patiënt kan worden overgeplaatst of door welk revalidatiecentrum of welke revalidatieafdeling van een ziekenhuis de (poli)klinische medisch specialistische revalidatiezorg kan worden geleverd.

Samenvatting triage instrument revalidatiezorg

Inleiding

De aanleiding voor het ontwikkelen van het triage instrument revalidatiezorg is de overheveling van de geriatrische revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Hierbij vervalt de indicatiestelling door het CIZ. De minister van VWS heeft aan de specialisten ouderengeneeskunde gevraagd een triage instrument te ontwikkelen in samenwerking met andere beroepsgroepen die betrokken zijn bij de indicatie van revalidatie- en herstellzorg. Bij het ontwikkelen van het triage instrument revalidatiezorg zijn de volgende wetenschappelijke beroepsverenigingen betrokken: NOV, NVN, NVRF, NVV, VRA en V&VN (netwerk transferverpleegkundigen). Het doel van het triage instrument revalidatiezorg is ervoor te zorgen dat de desbetreffende persoon (de patiënt) de juiste zorg en juiste behandeling krijgt op de juiste plaats en op de juiste tijd.

Definitie triage

Triage is een zo vroeg mogelijk gestart dynamisch beslisproces waarmee patiënten, waarvan verwacht wordt dat er beperkingen in activiteiten en/of participatie (of een verergering daarvan) zullen ontstaan, worden geïndiceerd tijdens een ziekenhuisopname voor de juiste revalidatiezorg op de juiste plaats.

Proces van triage in vier stappen

Het triage instrument revalidatiezorg bestaat uit vier stappen die het proces bepalen. De eerste stap richt zich op twee screeningsvragen die worden gesteld aan alle patiënten die zijn opgenomen in het ziekenhuis. De twee screeningsvragen geven inzicht in welke patiënten voor revalidatiezorg in aanmerking kunnen komen. Vervolgens wordt de patiënt in stap twee volgens de International Classification of Functioning, Disability and Health in kaart gebracht door verschillende disciplines. Uit de verzamelde gegevens volgt een functionele prognose. Deze wordt vastgesteld door een revalidatiearts of specialist ouderengeneeskunde met kennis van de evidence uit de wetenschappelijke literatuur. In stap drie wordt op basis van onderscheidende factoren, zoals medische stabiliteit, benodigde intensiteit van de therapie, motivatie van de patiënt en benodigde specialisatie van de therapie de indicatie voor geriatrische revalidatiezorg of medisch specialistische revalidatiezorg bepaald door respectievelijk een specialist ouderengeneeskunde of revalidatiearts. Stap vier betreft de plaatsing van de patiënt naar een vervolgvoorziening op basis van het indicatiebesluit.

Uitvoerders van triage, taken en verantwoordelijkheden

De eerste stap van het triage instrument revalidatiezorg wordt uitgevoerd door een zorgverlener van minimaal niveau 4. Deze beoordeelt of een patiënt voor revalidatiezorg in aanmerking kan komen. Bij twijfel schakelt deze een revalidatiearts of specialist ouderengeneeskunde in die onderling afspraken maken wie bij twijfel op de screeningsvragen in consult geroepen dient te worden.

Het in kaart brengen van de patiëntkenmerken gebeurt door verschillende disciplines die op een bepaald gebied expertise en deskundigheid hebben en hiervoor ook verantwoordelijk zijn. Zij brengen de revalidatiearts of specialist ouderengeneeskunde op de hoogte van hun bevindingen. Het vaststellen van de functionele prognose op basis van de voornoemde bevindingen gebeurt door een revalidatiearts of specialist ouderengeneeskunde met kennis van de evidence uit de wetenschappelijke literatuur. Aan de hand van de onderscheidende factoren komen zij tot een indicatiebesluit waar ze eindverantwoordelijk voor zijn. De plaatsing van een patiënt gebeurt door een transferbureau of -verpleegkundige. Op basis van het indicatiebesluit is het transferbureau of de -verpleegkundige verantwoordelijk voor de plaatsing naar de vervolgvoorziening.

Bijlage A Zoekstrategie

OVID Medline werd doorzocht op 15 september 2011 op 3 verschillende manieren:

1. De eerste zoekstrategie combineerde sensitieve zoektermen voor triage met zoektermen voor de verschillende diagnosegroepen (beroerte, electieve orthopedie, heupfracturen, amputaties en overige aandoeningen). Omwille van de grote opbrengst werden deze termen gecombineerd met zoektermen voor ouderen, en werd de zoektocht gelimiteerd tot Engelse, Nederlandse, Franse en Duitse artikelen gepubliceerd tussen 2001 en 2011.
2. Zoekstrategie 2 combineerde dezelfde zoektermen voor triage en diagnoses met sensitieve zoektermen voor validatiestudies. Ook deze zoektocht werd gelimiteerd tot Engelse, Nederlandse, Franse en Duitse artikelen. Een tijdslijmiet werd niet toegepast.
3. De laatste zoekstrategie combineerde meer specifieke zoektermen voor triage met sensitieve zoektermen voor revalidatie en sensitieve zoektermen voor validatiestudies. Limieten werden niet toegepast.

Zoekresultaten

Een combinatie van de 3 zoekstrategieën leverde 4753 unieke referenties op. Hiervan werden er 270 geselecteerd voor full-text evaluatie. Op basis van de full-text werden er 121 definitief geëxcludeerd. De redenen voor exclusie zijn terug te vinden in appendix 2. De overige 149 artikelen werden elektronisch aan Verenso geleverd voor verdere evaluatie.

Zoektermen

ZOEKSTRATEGIE 1

1. exp *Triage/
2. exp Disability Evaluation/
3. *Decision Trees/
4. exp *Patient Selection/
5. *Algorithms/
6. *"Recovery of Function"/
7. rehabilitation.fs.
8. Rehabilitation Centers/
9. exp *Rehabilitation/
10. exp *Stroke/
11. exp *Brain Ischemia/
12. (CVA or TIA).mp.
13. 10 or 11 or 12
14. exp *Hip Fractures/
15. *Orthopedics/
16. *hip prosthesis/ or *knee prosthesis/
17. Shoulder Joint/
18. *arthroplasty, replacement, hip/ or *arthroplasty, replacement, knee/
19. 15 or 16 or 17 or 18
20. Age Factors/
21. exp "Aged, 80 and over"/ or exp Homes for the Aged/ or exp Aged/ or exp Health Services for the Aged/
22. exp Geriatric Assessment/ or exp Frail Elderly/
23. "Activities of Daily Living"/
24. "Severity of Illness Index"/
25. 20 or 21 or 22 or 23 or 24
26. *"Referral and Consultation"/
27. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 26

28. exp *Amputation/
29. 6 or 7 or 8 or 9 or 13 or 14 or 19 or 28
30. 25 and 27 and 29
31. limit 30 to (yr="2001 -Current" and (dutch or english or french or german))

ZOEKSTRATEGIE 2

1. exp *Triage/
2. exp Disability Evaluation/
3. *Decision Trees/
4. exp *Patient Selection/
5. *Algorithms/
6. *"Recovery of Function"/
7. rehabilitation.fs.
8. Rehabilitation Centers/
9. exp *Rehabilitation/
10. exp *Stroke/
11. exp *Brain Ischemia/
12. (CVA or TIA).mp.
13. 10 or 11 or 12
14. exp *Hip Fractures/
15. *Orthopedics/
16. *hip prosthesis/ or *knee prosthesis/
17. Shoulder Joint/
18. *arthroplasty, replacement, hip/ or *arthroplasty, replacement, knee/
19. 15 or 16 or 17 or 18
20. *"Referral and Consultation"/
21. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 20
22. exp *Amputation/
23. 6 or 7 or 8 or 9 or 13 or 14 or 19 or 22
24. "Reproducibility of Results"/

25. Validation Studies/
26. Feasibility Studies/
27. reliabil*.ti,ab.
28. reproduc*.ti,ab.
29. feasib*.ti,ab.
30. valid*.ti,ab.
31. 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30
32. 21 and 23 and 31
33. limit 32 to (dutch or english or french or german)

ZOEKSTRATEGIE 3

1. exp *Triage/
2. *Decision Trees/
3. exp *Patient Selection/
4. *Algorithms/
5. *"Recovery of Function"/
6. rehabilitation.fs.
7. Rehabilitation Centers/
8. exp *Rehabilitation/
9. *"Referral and Consultation"/
10. triage.ti,ab.
11. 1 or 2 or 3 or 4 or 9 or 10
12. 5 or 6 or 7 or 8
13. "Reproducibility of Results"/
14. Validation Studies/
15. Feasibility Studies/
16. reliabil*.ti,ab.
17. reproduc*.ti,ab.
18. feasib*.ti,ab.
19. valid*.ti,ab.

20. 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19

21. 11 and 12 and 20

Lijst van geëxcludeerde artikelen

Erste auteur	Referentie	Titel	Diagnose	Reden voor exclusie
Ferriero G	Eura Medicophys 2005 41(1):1-6	Measuring long-term outcome in people with lower limb amputation: cross-validation of the Italian versions of the Prosthetic Profile of the Amputee and Prosthesis Evaluation Questionnaire	amputatie	niet over triage
Bruijning J	Ophthalmic Epidemiol 2010 17(6):366-77	A Dutch ICF version of the Activity Inventory: results from focus groups with visually impaired persons and experts	blindheid	niet in lijst
Ferrara N	Am J Geriatr Cardiol 2006 15(1):22-7	Cardiac rehabilitation in the elderly: patient selection and outcomes	Cardiale revalidatie	narratief overzicht
Stiller JJ	Rehabil Nurs 2004 29(1):18-23	Factors influencing referral of cardiac patients for cardiac rehabilitation	Cardiale revalidatie	factoren die verwijzing voor revalidatie beïnvloeden
Kiefer M	Acta Neurochirurgica Supplement 2010 106(75-9	An algorithm to assess the rehabilitation potential in patients with chronic hydrocephalus	chronische hydrocefalie	over triage voor shunting
Grimaud O	Revue d Epidemiologie et de Sante Publique 2005 1):	A qualitative study for identifying determinants of the quality of stroke patient referral	CVA	ontwikkeling van kwaliteitscriteria voor de evaluatie van doorverwijzing
Kong K-H	Neurorehabilitation 2011 28(2):105-11	Recovery of upper limb dexterity in patients more than 1 year after stroke: Frequency, clinical correlates and predictors	CVA	niet over triage
Hulter Asberg K	Scandinavian Journal of Social Medicine 1987 15(4):261-5	Disability as a predictor of outcome for the elderly in a department of internal medicine. A comparison of predictions based on index of ADL and physician predictions	generisch	predictor van outcome na acute fase
Kliebsch U	Sozial und Praventivmedizin 1996 41(5):303-14	Interrater reliability of instruments for the evaluation of needs of bedridden persons: a review of the international literature	generisch	review van inter-rater reliability van disability scores
Kohler F	Eur J Phys Rehabil Med 2009 45(4):479-85	Agreement of functional independence measure item scores in patients transferred from one rehabilitation setting to another	generisch	evaluatie van inter-rater reliability van FIM

Eerste auteur	Referentie	Titel	Diagnose	Reden voor exclusie
Stoll T	Praxis (Bern 1994) 2002 91(45):1900-8	Are inpatient rehabilitation or ambulatory physical therapy of patients with musculoskeletal problems effective and are patients referred to proper treatment?	generisch	evaluatie van effectiviteit van revalidatie
Di Monaco M	Eura Medicophys 2007 43(4):439-44	Hip-fracture type does not affect the functional outcome after acute in-patient rehabilitation: a study of 684 elderly women	Heupfractuur	verschil in functionele outcome naargelang type fractuur
Oka RK	Progress in Cardiovascular Nursing 2004 19(3):89-94	Predictors of physical function in patients with peripheral arterial disease and claudication	perifeer vaatlijden	niet over triage
Lippert-Gruner M	Neurol Neurochir Pol 2010 44(5):475-80	Early rehabilitation of comatose patients after traumatic brain injury	Pools artikel	
Lapner PC	Clin Orthop 2010 468(11):3063-9	Does the upward migration index predict function and quality of life in arthroscopic rotator cuff repair?	Schouder	niet over triage
Pisoni C	Eur J Phys Rehabil Med 2008 44(4):377-85	International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) core sets for osteoarthritis. A useful tool in the follow-up of patients after joint arthroplasty	THP	niet over triage
Kladny B	Z Orthop Ihre Grenzgeb 2002 140(1):37-41	Outcome of inpatient rehabilitation following total knee replacement using the HSS-Score	TKP	evaluatie van outcome na revalidatie
Tang V	Spinal Cord 2007 45(10):671-7	Prognostic indicators in metastatic spinal cord compression: using functional independence measure and Tokuhashi scale to optimize rehabilitation planning	kanker	niet in lijst
Segal ME	Am J Phys Med Rehabil 1997 76(2):154-61	Modeling case mix adjustment of stroke rehabilitation outcomes	CVA	risk adjustment
Shiri-Sharvit O	Arch Phys Med Rehabil 2005 86(7):1389-93	The association between psychotropic medication use and functional outcome of elderly hip-fracture patients undergoing rehabilitation	Heupfractuur	niet over triage
Soderback I	Cancer Nurs 1997 20(4):267-73	A needs assessment for referral to occupational therapy. Nurses' judgment in acute cancer care	kanker	geen bruikbare conclusie
Soderman P	Clin Orthop 2001 384):189-97	Is the Harris hip score system useful to study the outcome of total hip replacement?	THP	niet over triage

Eerste auteur	Referentie	Titel	Diagnose	Reden voor exclusie
Strbian D	Cerebrovascular Diseases 2011 31(1):37-42	Characteristics and outcome of ischemic stroke patients who are free of symptoms at 24 hours following thrombolysis	CVA	effectiviteit van trombolyse
Stucki G	Disabil Rehabil 2003 25(11-12):628-34	Value and application of the ICF in rehabilitation medicine.[Retraction in Disabil Rehabil. 2009;31(5):425; PMID: 19280442]	generisch	narratief overzicht
Treweek SP	Prosthet Orthot Int 1998 22(3):178-85	Three measures of functional outcome for lower limb amputees: a retrospective review	Amputatie	louter meten van functionele outcome
van Wijk I	Arch Phys Med Rehabil 2006 87(1):45-50	Change in mobility activity in the second year after stroke in a rehabilitation population: who is at risk for decline?	CVA	niet over triage
Varoglu AO	International Journal of Neuroscience 2206 119(12):2206-18	Prognostic values of lesion volume and biochemical markers in ischemic and hemorrhagic stroke: a stereological and clinical study	CVA	niet over triage
Wells JL	Arch Phys Med Rehabil 2003 84(6):898-903	State of the art in geriatric rehabilitation. Part II: clinical challenges	generisch	niet over triage
Yagura H	Cerebrovascular Diseases 2005 20(4):258-63	Patients with severe stroke benefit most by interdisciplinary rehabilitation team approach	CVA	niet over triage
Yeung TSM	J Orthop Sports Phys Ther 2009 39(6):468-77	Reliability, validity, and responsiveness of the lower extremity functional scale for inpatients of an orthopaedic rehabilitation ward	orthopedie	louter meten van functionele outcome
Blinzler C	Cerebrovascular Diseases 2011 31(2):185-90	Characteristics and outcome of patients with early complete neurological recovery after thrombolysis for acute ischemic stroke	CVA	In feite over outcomes na trombolyse
Burger H	Disability & Rehabilitation 2023 31(24):2023-30	A Rasch-based validation of a short version of ABILHAND as a measure of manual ability in adults with unilateral upper limb amputation	amputatie	louter meten van functionele outcome
Cattaneo D	Disabil Rehabil 2007 29(24):1920-5	Reliability of four scales on balance disorders in persons with multiple sclerosis	MS	louter meten van functionele outcome
Dawson J	Spinal Cord 2008 46(12):768-80	A structured review of outcome measures used for the assessment of rehabilitation interventions for spinal cord injury	spinal trauma	louter meten van functionele outcome

Eerste auteur	Referentie	Titel	Diagnose	Reden voor exclusie
De Boer MR	Eur J Ophthalmol 2005 15(3):400-6	Evidence-based guidelines on the referral of visually impaired persons to low vision services	blindheid	niet in lijst
Dowrick AS	Injury 2005 36(4):468-76	Outcome instruments for the assessment of the upper extremity following trauma: a review	trauma orthopedie	louter meten van functionele outcome
Fieo R	Gerontology 2010 56(5):483-90	A revised activities of daily living/instrumental activities of daily living instrument increases interpretive power: theoretical application for functional tasks exercise	generisch	Niet over triage na acuut event
Franchignoni F	Arch Phys Med Rehabil 2005 86(11):2225-6; author reply 2226	Use of the Berg Balance Scale in rehabilitation evaluation of patients with Parkinson's disease	parkinson	letter
Gijbels D	Mult Scler 2010 16(5):618-26	Predicting habitual walking performance in multiple sclerosis: relevance of capacity and self-report measures	MS	ambulatory care
Glenny C	Arch Phys Med Rehabil 2010 91(7):1038-43	Comparison of the responsiveness of the FIM and the interRAI post acute care assessment instrument in rehabilitation of older adults	generisch	louter meten van functionele outcome
Goljar N	J Rehabil Med 2011 43(7):590-601	Measuring patterns of disability using the International Classification of Functioning, Disability and Health in the post-acute stroke rehabilitation setting	CVA	louter meten van functionele outcome
Houlden H	Clin Rehabil 2006 20(2):153-9	Use of the Barthel Index and the Functional Independence Measure during early inpatient rehabilitation after single incident brain injury	CVA	louter meten van functionele outcome
Itzkovich M	Disabil Rehabil 2007 29(24):1926-33	The Spinal Cord Independence Measure (SCIM) version III: reliability and validity in a multi-center international study	spinal trauma	louter meten van functionele outcome
Kalairajah Y	J Arthroplasty 2005 20(8):1037-41	Health outcome measures in the evaluation of total hip arthroplasties--a comparison between the Harris hip score and the Oxford hip score	THP	Niet over triage
Kennedy P	Spinal Cord 2009 47(4):290-4	Rehabilitation outcomes in people with pre-morbid mental health disorders following spinal cord injury	spinal trauma	Niet over triage

Eerste auteur	Referentie	Titel	Diagnose	Reden voor exclusie
Khan F	Mult Scler 2009 15(7):869-75	Multiple sclerosis rehabilitation outcomes: analysis of a national casemix data set from Australia	MS	Niet over triage
Kohler F	Arch Phys Med Rehabil 2010 91(7):1031-7	Interrater reliability of functional status scores for patients transferred from one rehabilitation setting to another	generisch	Niet over triage
Landi F	Eur J Neurol 2006 13(1):17-23	Functional decline in frail community-dwelling stroke patients	CVA	Niet over post-acute triage
Lieberman D	Disabil Rehabil 2007 29(4):339-45	Rehabilitation outcome following hip fracture surgery in elderly diabetics: a prospective cohort study of 224 patients	Heupfractuur	prognose diabetes vs. niet- diabetes
Machumpurath B	Cerebrovascular Diseases 2011 31(3):278-83	Rapid neurological recovery after intravenous tissue plasminogen activator in stroke: prognostic factors and outcome	CVA	effectiviteit van trombolysie
McNaughton H	Clin Rehabil 2001 15(4):422-7	Factors influencing rate of Barthel Index change in hospital following stroke	CVA	Niet over triage
Medina- Mirapeix F	Arch Phys Med Rehabil 2011 92(4):632-9	Mobility activities measurement for outpatient rehabilitation settings	generisch	Niet over triage
Mittag O	Rehabilitation (Stuttg) 2007 46(1):50-6	Assisting the assessment of rehabilitation need by a self-administered questionnaire: problems and solutions	generisch	narratief overzicht
Mizrahi EH	Arch Phys Med Rehabil 2007 88(9):1136-9	The impact of previous strokes on the rehabilitation of elderly patients sustaining a hip fracture	Heupfractuur	effect van vroeger cva
Motl RW	Rehabil Psychol 2009 54(2):204-10	Longitudinal analysis of physical activity and symptoms as predictors of change in functional limitations and disability in multiple sclerosis	MS	Niet over triage
Movsas SB	Arch Phys Med Rehabil 2003 84(11):1642-6	Rehabilitation needs of an inpatient medical oncology unit	kanker	Niet over triage
Osterthun R	Spinal Cord 2009 47(4):339-44	Characteristics, length of stay and functional outcome of patients with spinal cord injury in Dutch and Flemish rehabilitation centres	spinal trauma	Niet over triage
Ottenbacher KJ	Arch Phys Med Rehabil 1996 77(12):1226-32	The reliability of the functional independence measure: a quantitative review	generisch	Niet over triage

Eerste auteur	Referentie	Titel	Diagnose	Reden voor exclusie
Plantinga E	Clin Rehabil 2006 20(10):921-6	The criterion-related validity of the Northwick Park Dependency Score as a generic nursing dependency instrument for different rehabilitation patient groups	generisch	Niet over triage
Prosser L	Clin Rehabil 1997 11(4):338-43	Further validation of the Elderly Mobility Scale for measurement of mobility of hospitalized elderly people	generisch	Niet zinvol voor triage
Rieck M	Disabil Rehabil 2005 27(23):1425-33	The Orpington Prognostic Scale for patients with stroke: reliability and pilot predictive data for discharge destination and therapeutic services	CVA	Niet zinvol voor triage
Rimmer JH	Disabil Rehabil 2006 28(17):1087-95	Use of the ICF in identifying factors that impact participation in physical activity/rehabilitation among people with disabilities	generisch	Niet over triage
Rollnik JD	Rehabilitation (Stuttg) 2009 48(2):91-4	Barthel index as a length of stay predictor in neurological rehabilitation	neurologische revalidatie	Niet over triage
Roy J-S	J Orthop Sports Phys Ther 2010 40(7):413-21	The simple shoulder test is responsive in assessing change following shoulder arthroplasty	Schouder	louter meten van functionele outcome
Aliyev RM	ORTHOPAIDE 2010 39(12):1163-70	Total hip replacement using the Staffelstein score: outcome of inpatient rehabilitation	THP	evalueert effectiviteit van revalidatie
Almeida GJ	Arch Phys Med Rehabil 2010 91(6):932-8	Interrater reliability and validity of the stair ascend/descend test in subjects with total knee arthroplasty	TKP	instrument functionele capaciteit
Angst F	Arthritis Rheum 2008 59(3):391-8	Responsiveness of six outcome assessment instruments in total shoulder arthroplasty	Schouder	instrument functionele capaciteit
Antonioli CM	Clin Rheumatol 2009 28(2):159-65	An individualized rehabilitation program in patients with systemic sclerosis may improve quality of life and hand mobility	Systeemsclerose	Niet over triage
Archer KR	Phys Ther 2009 89(12):1337-49	Orthopedic surgeons and physical therapists differ in assessment of need for physical therapy after traumatic lower-extremity injury	Traumatisch beenletsel	Niet over triage
Ashford S	J Rehabil Med 2008 40(10):787-95	Evaluation of functional outcome measures for the hemiparetic upper limb: a systematic	CVA	Evaluatie tijdens en na revalidatie

Eerste auteur	Referentie	Titel	Diagnose	Reden voor exclusie
		review		
Bates BE	Arch Phys Med Rehabil 2009 90(12):2012-8	Factors influencing decisions to admit patients to veterans affairs specialized rehabilitation units after lower-extremity amputation	Amputatie	retrospectieve analyse van factoren die leidden tot opname in revalidatiecentrum
Beebe JA	J Neurol Phys Ther 2009 33(2):96-103	Relationships and responsiveness of six upper extremity function tests during the first six months of recovery after stroke	CVA	instrument functionele capaciteit
Berendes T	J Shoulder Elbow Surg 2010 19(6):829-36	Validation of the Dutch version of the Oxford Shoulder Score	Schouder	Evaluatie tijdens en na revalidatie
Bot SDM	Ann Rheum Dis 2004 63(4):335-41	Clinimetric evaluation of shoulder disability questionnaires: a systematic review of the literature	Schouder	instrument functionele capaciteit
Brown TM	J Am Coll Cardiol 2009 54(6):515-21	Predictors of cardiac rehabilitation referral in coronary artery disease patients: findings from the American Heart Association's Get With The Guidelines Program	Coronaire ziekte	retrospectieve analyse van factoren die leidden tot niet-verwijzing naar revalidatiecentrum
Cortes O	Am Heart J 2006 151(2):249-56	Determinants of referral to cardiac rehabilitation programs in patients with coronary artery disease: a systematic review	Cardiale revalidatie	verwijspatronen & disparity; niet over triage
Cottin Y	J Cardiopulm Rehabil 2004 24(1):38-44	Specific profile and referral bias of rehabilitated patients after an acute coronary syndrome	acuut coronair syndroom	retrospectieve analyse van kenmerken van revalidatiepatiënten
Coutts SB	Ann Neurol 2005 57(6):848-54	Triaging transient ischemic attack and minor stroke patients using acute magnetic resonance imaging	TIA	niet echt triage-instrument
Croarkin E	Phys Ther 2004 84(1):62-74	Evidence-based rating of upper-extremity motor function tests used for people following a stroke	CVA	instrument functionele capaciteit
Fitinghoff H	Int J Rehabil Res 2011 34(1):79-88	The ICF and postsurgery occupational therapy after traumatic hand injury	traumatisch handletsel	Niet over triage
Franchignoni F	J Rehabil Med 2007 39(2):138-44	Measuring mobility in people with lower limb amputation: Rasch analysis of the mobility section of the prosthesis evaluation questionnaire	Amputatie	Evaluatie tijdens en na revalidatie
Franklin PD	Clin Orthop 2008	The Chitranjan Ranawat Award: functional	TKP	preoperatieve prognostische

Eerste auteur	Referentie	Titel	Diagnose	Reden voor exclusie
	466(11):2597-604	outcome after total knee replacement varies with patient attributes		factoren voor postoperatieve outcome
Gagnon D	BMC Health Services Research 2006 6(151):	Ideal timing to transfer from an acute care hospital to an interdisciplinary inpatient rehabilitation program following a stroke: an exploratory study	CVA	over timing van transfer naar revalidatie
Govan L	Stroke 2009 40(10):3396-9	Categorizing stroke prognosis using different stroke scales	CVA	instrument functionele capaciteit
Grace SL	Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2008 15(5):548-56	Contribution of patient and physician factors to cardiac rehabilitation enrollment: a prospective multilevel study	Coronaire ziekte	prospectieve analyse van factoren die leiden tot opname in revalidatiecentrum
Granger CV	Am J Phys Med Rehabil 2003 82(11):901-2	Functional mobility measures in older adults after hip fracture	Heupfractuur	Letter; niet over triage
Grill E	Am J Phys Med Rehabil 2006 85(8):640-9	Validation of International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) Core Sets for early postacute rehabilitation facilities: comparisons with three other functional measures	generisch	ICF Core Set; niet duidelijk over triage
Hardy SE	Arch Intern Med 2005 165(1):106-12	Factors associated with recovery of independence among newly disabled older persons	generisch	Niet over triage na acuut event
Hettiarachchi C	J Rehabil Med 2011 43(3):197-203	Prevalence and impact of joint symptoms in people with stroke aged 55 years and over	CVA	impact van gewrichtsklachten op herstel
Hsieh Y-w	Stroke 2009 40(4):1386-91	Responsiveness and validity of three outcome measures of motor function after stroke rehabilitation	CVA	evaluatie na revalidatie
Huang JI	J Orthop Trauma 2011 25(5):259-65	Functional outcome after open reduction internal fixation of intra-articular fractures of the distal humerus in the elderly	Humerusfractuur	Evaluatie van functionele uitkomst na interventie
Jehkonen M	Acta Neurol Scand 2001 104(3):136-41	Predictors of discharge to home during the first year after right hemisphere stroke	CVA	prognostische factoren voor hospitalisatieduur
Jette AM	Phys Ther 2007 87(4):385-98	Prospective evaluation of the AM-PAC-CAT in outpatient rehabilitation settings.[Erratum appears in Phys Ther. 2007 May;87(5):617]	generisch	Niet over triage
Johnson N	J Cardiopulm Rehabil 2004	Factors associated with referral to outpatient	cardiovasculaire ziekte	retrospectieve analyse van

Eerste auteur	Referentie	Titel	Diagnose	Reden voor exclusie
	24(3):165-70	cardiac rehabilitation services		kenmerken van revalidatiepatiënten
Kim M-J	Geriatr Gerontol Int 2010 10(4):302-10	Alternative items for identifying hierarchical levels of physical disability by using physical performance tests in women aged 75 years and older	generisch	Niet over post-acute triage
Krause JS	Journal of Spinal Cord Medicine 2010 33(1):22-32	A structural analysis of health outcomes after spinal cord injury	spinal trauma	Niet over triage
Kuys SS	Australian Journal of Physiotherapy 2009 55(4):265-8	Measures of activity limitation on admission to rehabilitation after stroke predict walking speed at discharge: an observational study	CVA	Niet over triage
Kwon S	Stroke 2004 35(4):918-23	Disability measures in stroke: relationship among the Barthel Index, the Functional Independence Measure, and the Modified Rankin Scale	CVA	instrument functionele capaciteit
Lam LCW	Int J Geriatr Psychiatry 2010 25(2):133-41	Effectiveness of an individualized functional training program on affective disturbances and functional skills in mild and moderate dementia--a randomized control trial	dementie	effectiviteit van trainingsprogramma
Larsson B	Health & Quality of Life Outcomes 2009 7(44):	The Locomotor Capabilities Index; validity and reliability of the Swedish version in adults with lower limb amputation	Amputatie	instrument functionele capaciteit
Lin K-c	Journal of Rehabilitation Research & Development 2010 47(6):563-71	Responsiveness and validity of three dexterous function measures in stroke rehabilitation	CVA	Evaluatie tijdens en na revalidatie
Lovie-Kitchin JE	Optom Vis Sci 2010 87(12):E948-57	Visual field size criteria for mobility rehabilitation referral	visueel	Niet over post-acute triage
Luciani A	J Clin Oncol 2010 28(12):2046-50	Detecting disabilities in older patients with cancer: comparison between comprehensive geriatric assessment and vulnerable elders survey-13	kanker	1ste screening om uitgebreidere evaluatie te ondergaan
McLennan SN	J Cardiovasc Nurs 2010 25(5):390-7	Cognitive impairment predicts functional capacity in dementia-free patients with cardiovascular disease	cardiovasculaire ziekte	Niet over triage post-acuut event

Eerste auteur	Referentie	Titel	Diagnose	Reden voor exclusie
Mendelsohn ME	Am J Phys Med Rehabil 2003 82(10):766-74	Specificity of functional mobility measures in older adults after hip fracture: a pilot study	Heupfractuur	Niet over triage, maar over functionele status bij begin van revalidatie
Mizrahi EH	Arch Gerontol Geriatr 2006 43(2):165-73	Functional outcome of elderly hip fracture patients: does diabetes matter?	Heupfractuur	diabetes is geen prognostische factor
Naganuma M	Cerebrovascular Diseases 2011 31(2):123-9	Reduced estimated glomerular filtration rate is associated with stroke outcome after intravenous rt-PA: the Stroke Acute Management with Urgent Risk-Factor Assessment and Improvement (SAMURAI) rt-PA registry	CVA	Over risico op bloeding na trombolyse
Nguyen-Oghalai TU	Arthritis Rheum 2006 55(6):920-4	Impact of osteoarthritis on rehabilitation for persons with hip fracture	Heupfractuur	artrose heeft geen prognostische impact
Ruan CM	J Occup Rehabil 2001 11(2):119-32	Functional capacity evaluations in persons with spinal disorders: predicting poor outcomes on the Functional Assessment Screening Test (FAST)	rugpijn	Niet over post-acute triage
Stevens-Lapsley JE	J Arthroplasty 2010 25(7):1104-9	Impact of body mass index on functional performance after total knee arthroplasty	TKP	BMI is geen prognostische factor
Stratford PW	Phys Ther 2010 90(9):1288-96	Quantifying self-report measures' overestimation of mobility scores postarthroplasty	orthopedie	Niet over triage
Talbot LR	Health & Quality of Life Outcomes 2004 2(53):	Identification of rehabilitation needs after a stroke: an exploratory study	CVA	Niet over triage
Tian W	Am J Phys Med Rehabil 2010 89(11):905-18	Patterns of rehabilitation after hip arthroplasty and the association with outcomes: an episode of care view	THP	niet duidelijk over triage
Tsivgoulis G	Neurology 2010 74(17):1351-7	Multicenter external validation of the ABCD2 score in triaging TIA patients	TIA	Triage bij acuut event
Turner C	Aust Occup Ther J 2009 56(2):132-9	Interrater reliability of the Personal Care Participation Assessment and Resource Tool (PC-PART) in a rehabilitation setting	generisch	instrument functionele capaciteit
Weimar C	Stroke 2002 33(8):2053-9	Assessment of functioning and disability after ischemic stroke	CVA	Niet over triage
Whitson HE	J Am Geriatr Soc 2009	Correlation between symptoms and function in	generisch	Niet over triage na acuut event

Eerste auteur	Referentie	Titel	Diagnose	Reden voor exclusie
	57(4):676-82	older adults with comorbidity		
Pasqua F	Respir Med 2009 103(3):471-6	Use of functional independence measure in rehabilitation of inpatients with respiratory failure	COPD	evalueert effectiviteit van revalidatie
Wasserman J	Stroke 2010 41(11):2601-5	Stratified, urgent care for transient ischemic attack results in low stroke rates	TIA	acute triage
Lindmark B	Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine 1988 20(3):103-9	Evaluation of functional capacity after stroke as a basis for active intervention. Presentation of a modified chart for motor capacity assessment and its reliability	CVA	Niet duidelijk over triage
Djurdjevic A	J BUON 2009 14(3): 435-40	Profile of handicap situations in cancer patients	Cancer	Geen full-text