

# Fontys Paramedische Hogeschool

Opleiding Logopedie

De efficiëntie van het triageproces binnen het  
behandeltraject van de CVA-ketenzorg;  
visie van zorgprofessionals, een kwantitatieve studie.

**Marcel Strijbosch (marcel.strijbosch@student.fontys.nl)**

Begeleider: Maaske Treurniet (m.treurniet@fontys.nl)

Maart, 2014

## **Samenvatting**

Inleiding: In Nederland maken circa 45.000 mensen per jaar een cerebrovasculair accident (CVA) door. Deze patiënten komen in de CVA-keten terecht, waarin zij diverse stappen maken. Deze opeenvolgende stappen worden triage genoemd. Naar aanleiding van de vraag van zorgprofessionals uit het Rivierenland Ziekenhuis te Tiel werd er onderzocht hoe patiënten, mantelzorgers en zorgprofessionals de efficiëntie van de triage in de CVA-keten ervaren. Dit deel van de studie richtte zich met name op de beleving van zorgprofessionals. Het is de eerste studie met dit thema als hoofdonderwerp.

Methode: Onder 80 zorgprofessionals, zowel medici, paramedici als verpleegkundigen werd een online enquête afgenomen. Het onderzoek was met name kwantitatief, met enkele kwalitatieve aspecten.

Resultaten en conclusies: De volgende conclusies kunnen worden getrokken:

- Triage wordt beschouwd als efficiënt, alhoewel er ruimte is voor verbetering
- Ondanks de nadelen op diverse gebieden vindt hertriage plaats. Soms met goede redenen.
- Terugkoppeling naar aanleiding van een onjuiste triage wordt te weinig gedaan, en de terugkoppeling die wel gemaakt wordt komt niet altijd op de goede plek aan.
- Het komt relatief vaak voor dat er te weinig overleg is tussen zorgprofessionals en patiënten, mantelzorgers of onderling.
- De beleving van zorgprofessionals over hun eigen manier van omgaan met de twee volgens patiënten moeilijkste stappen in het triage verschilt: patiënten willen meer aandacht voor hun acceptatieproblematiek bij opname op een revalidatieafdeling, en een betere voorbereiding op terugkeer naar de thuissituatie. Zorgprofessionals beoordelen hun acties hierin positiever.

Het verslag wordt afgesloten met enkele aanbevelingen voor het werkveld, zoals een longitudinale studie naar dit onderwerp, meer overleg tussen werkveld en patiënt, het opstellen van een protocol voor hertriage en het opleiden van communicatie-experts om de talig aangedane patiënten beter te begeleiden.

## **Abstract**

Background: In the Netherlands, roughly 45.000 people a year suffer from a cerebrovascular accident. (CVA). These patients go through the CVA Care process, in which they follow several steps. These successive steps are called triage. On account of the request of health care professionals from the Rivierenland Ziekenhuis in Tiel it was examined how patients, caregivers and healthcare professionals experienced the efficiency of the triage in the CVA care process. This part of the study predominantly tried to cover the experience of healthcare professionals. It is the first study with this as its main subject.

Method: Amongst 80 health care professionals, including physicians, paramedics and nurses, an online survey was conducted. The survey was mostly quantitative with some qualitative aspects.

Results and conclusion: The following conclusions could be drawn:

- Triage is considered to be efficient, though there is room for improvement.

- Despite disadvantages on some levels, people had to be retriaged. Sometimes with good reasons.
- Feedback after wrong triage is not done often enough, and the feedback that is given does not always reach the right places.
- Relatively too often, there is too little consultation amongst healthcare professionals themselves, with patients or caregivers.
- The experience of health care professionals about their own way of dealing, according to patients the two hardest steps in the triage, differs. Patients want more attention for their problems of acceptance and a better preparation on returning home. Healthcare professionals judge themselves more positive.

The report concludes with some advices for the workfield, such as a longitudinal study on this subject, more consultation between workfield and patient, developing a protocol for retriage and en training communication-experts to help patients whose language skills are impaired.

## Inhoudsopgave

|                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------|----|
| 1. Inleiding                                                    | 4  |
| 2. Methode                                                      | 7  |
| 3. Resultaten                                                   | 10 |
| 3.1 Algehele waardering van de efficiëntie van het triageproces | 11 |
| 3.2 Hertrriage.                                                 | 13 |
| 3.3 Terugkoppeling                                              | 14 |
| 3.4 Onderling overleg en toelichting aan de patiënten           | 15 |
| 3.5 Concrete triage stappen                                     | 15 |
| 3.6 Open vragen                                                 | 16 |
| 3.6.1 Beperkingen                                               | 16 |
| 3.6.2 Overleg tussen ketenpartners                              | 16 |
| 3.6.3 Praktijkvoorbeelden te snelle of onjuiste triage          | 17 |
| 3.6.4 Protocol                                                  | 17 |
| 3.6.5 Reflectie op het triage proces                            | 17 |
| 3.6.6 Suggesties ter verbetering                                | 17 |
| 3.6.7 Overig                                                    | 18 |
| 4. Discussie en conclusie                                       | 19 |
| 5. Aanbevelingen                                                | 23 |
| 6. Literatuur                                                   | 25 |

## Bijlages

- Bijlage 1 : Vorm en inhoud van de enquête.
- Bijlage 2 : Opgestelde email ter uitnodiging van deelname
- Bijlage 3: Boxplots
- Bijlage 4: Kurkall-wallis testen
- Bijlage 5: Codeboom

## 1. Inleiding

Jaarlijks worden in Nederland ongeveer 45.000 mensen getroffen door een cerebrovasculair accident (CVA), ook wel beroerte genoemd (Vluggen, Van Haastregt, Verbunt, Keijsers & Schols, 2012). Kirchmann (2003) geeft in "Anatomie en fysiologie van de mens" de volgende omschrijving van een CVA: "Bij een CVA sterft hersenweefsel af, hetzij door een afsluiting van een bloedvat dat dat deel van de hersenen van bloed voorziet (ischemisch of onbloedig CVA), hetzij door het scheuren van een bloedvat (hersenbloeding in de engere zin of bloedig CVA)." (p 508 – 509).

Het verloop van de ziekte verschilt per patiënt (Langhorne, Bernhardt & Kwakkel, 2011). CVA-patiënten maken in het herstelproces verschillende fases door. De indeling die voor dit onderzoek gebruikt werd is die van Faber et al (2007), en bestaat uit:

- Acute fase (eerste twee weken post onset)
- Revalidatiefase (tot zes maanden post onset)
- Chronische fase (vanaf zes maanden post onset)

Deze indeling is gebaseerd op het gemiddelde verloop van het traject. In de eerste twee weken na het CVA is de aandacht voornamelijk gericht op de somatische gevolgen van de neurologische schade. Na twee weken begint de revalidatiefase, ook wel herstelfase genoemd, waarin er geprobeerd wordt zoveel mogelijk van de uitgevallen functies te herstellen, of een manier te vinden om hiermee om te gaan. In de eerste drie maanden post onset kan hierin het meeste winst worden behaald. Na zes maanden is weinig functieherstel te verwachten en kan worden vastgesteld welke stoornissen blijvend zijn. Hier begint de chronische fase, waarin er aandacht is voor het accepteren van de beperkingen. Deze grenzen zijn niet heel hard, maar de fases vloeien natuurlijk in elkaar over.

Ongeveer 30% van de patiënten overlijdt naar aanleiding van het CVA, 30% houdt ernstige beperkingen over aan het CVA en 40% herstelt met geen of minimale beperkingen (van Eeden, van Heugten & Evers, 2013). Hiermee staat het CVA op de tweede plaats in de top tien van ziektes die de grootste ziektelast veroorzaken ([www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl), 2013). Van de patiënten die uit het ziekenhuis worden ontslagen gaat de grootste groep (ongeveer 60%) naar huis, waarvan 20-25% poliklinisch revalideert. Ongeveer 15% gaat naar een verpleeghuis en 8% naar een revalidatiecentrum (Eyck & Peerenboom (2006) in Nederlandse vereniging voor Neurologie, 2008).

Een patiënt die een CVA heeft doorgemaakt komt in een uitgebreid hulpverleningstraject, waaraan artsen, verpleegkundigen en paramedici van verschillende specialismen hun bijdrage leveren. Het proces hiervan is vastgelegd in de "Richtlijn beroerte" van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (2008).

Het proces van overplaatsen, zowel binnen als buiten het ziekenhuis of naar de (nieuwe) woonsituatie wordt door zorgprofessionals triage genoemd. Om verwarring te voorkomen wordt de definitie van triage gebruikt zoals die is vastgelegd in het Verenso triage instrument (2012): "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.” (p. 21).

Bij diverse zorgprofessionals van het Rivierenlandziekenhuis te Tiel leeft de vraag of de triage van patiënten die een CVA hadden doorgemaakt wel afgestemd is op de wensen en (on)mogelijkheden van de patiënt en diens omgeving. Er zijn patiënten die in een verpleeghuis of revalidatiecentrum geplaatst zijn en intensieve begeleiding krijgen terwijl ze dat helemaal niet nodig hebben. Andersom zijn er patiënten die reeds snel naar huis terugkeren, maar die een te grote hulpvraag neerleggen bij hun omgeving en meer gebaat zouden zijn bij een opname in een verpleeghuis of revalidatiecentrum (Harry Goos, persoonlijke communicatie, 4-10-2013).

Goede triage is van belang voor het herstel van de patiënt. Voor een adequate triage is een bepaalde tijdsspanne nodig. Wanneer een eerste triage te snel wordt uitgevoerd, is hertriage op een later moment in de meeste gevallen nodig (Limburg, Voogdt & Werkgroep Zorgstandaard CVA/TIA, 2012). De manier waarop instellingen hiermee omgaan is wisselend, aangezien er geen richtlijn bestaat. De effecten van een onjuiste triage zijn vergaand. De patiënt kan worden overvraagd of ondervraagd waardoor het hulpverleningsproces niet optimaal verloopt (Kwakkel et al, 2004). Er zijn patiënten die terugkeren in de thuissituatie terwijl hun herstel op dat moment dat eigenlijk nog niet toelaat. Dit is niet alleen een belasting voor henzelf, maar ook voor hun mantelzorger (Visser – Meily & van Heugten, 2004). Een te trage triage zorgt op korte termijn voor een stijging in de ziektekosten, een te snelle triage zorgt voor eenzelfde effect op de lange termijn.

Van het budget voor de totale ziektekosten in Nederland gaat 2,2 % naar zorg en verpleging van CVA-patiënten, en hiermee staat een CVA in de top tien van duurste ziektes (Slobbe, Smit, Groen, Poos & Kommer, 2011). Overheden en zorgverzekeraars zijn al geruime tijd bezig met het terugbrengen van ziektekosten. Dit heeft geresulteerd in opvallend veel studies naar dit onderwerp, om de problemen in kaart te brengen op economisch gebied (oa. Struijs, van Geneugten, Evers, Ament, Baan & van den Bos, 2006), om de oorzaken van deze problemen te achterhalen (Tummers, Schrijvers en Visser-Meily, 2013), of het aandragen van mogelijke oplossingen (van Eeden, van Heugten & Evers, 2013). Hoewel de financiële aspecten van CVA-zorg en –triage belangrijk zijn, zijn er twee zaken die niet uit het oog verloren mogen worden: het gaat om een kwetsbare en soms niet mondige patiëntengroep die hierdoor regelmatig uitgesloten wordt van deelname aan onderzoeken (Dalemans, Wade, van den Heuvel, de Witte, 2009), en die afhankelijk is van een groep zorgprofessionals. Op hun beurt zijn deze zorgprofessionals “aan het bed” niet bezig met de economische belangen van hun instelling, maar slechts met het welzijn van de aan hen toevertrouwde patiënt (Tummers et al, 2013). Dit onderzoek richt zich derhalve niet op de directe economische impact van CVA's, maar op de beleving van de betrokkenen bij het triagetraject.

Er zijn in Nederland wel al eerder conclusies getrokken omtrent de beleving van triage van CVA-patiënten. Deze conclusies vloeiden voornamelijk voort uit onderzoeken die zich in eerste instantie op

andere zaken richtten. Dalemans (2011) heeft een onderzoek gedaan naar het patiëntenperspectief op CVA-zorg bij afasie. Het onderzoek richtte zich op de totale zorg. De voornaamste conclusies waren dat er te weinig aandacht was voor de mens achter de stoornis, dat zowel patiënt als mantelzorger overvraagd worden, er te weinig rekening wordt gehouden met hun wensen en dat zorgprofessionals niet voldoende geschoold zijn in de omgang. Over het triageproces zelf werd weinig gezegd behalve dat er onvoldoende voorbereiding was op de terugkeer naar de eigen leefomgeving. Andere stappen in het triageproces worden niet besproken. Daarnaast richtte dit onderzoek zich exclusief op afasiepatiënten, en niet op de gehele patiëntengroep.

Een literatuurstudie, gecombineerd met een kwalitatieve studie van Voogdt-Pruis, Benjaminsen en Limburg (2012) richtte zich op de beleving van CVA-patiënten van de zorg. De conclusies van Dalemans werden hier bevestigd, maar er werden ook specifieke uitspraken gedaan over de revalidatiefase wanneer deze zich afspeelt op een verpleeghuisafdeling. De stap van ziekenhuis naar revalidatieafdeling roept vaak heftige emoties op, omdat de patiënt en diens naaste vaak dan pas beseffen hoe ernstig de situatie is. Ook is het einde van dit traject vaak te abrupt en dit geeft de patiënt een onveilig gevoel. Wederom richtte deze studie zich meer op de verleende zorg dan op het triageproces.

Het Nationaal Kompas Volksgezondheid meldt verder nog dat met name na 2001 de opnameduur in het ziekenhuis van mensen met een CVA is afgenomen. De website geeft als verklaring de snellere diagnostiek en adequatere behandeling. Ze omschrijven de triage als “verbeterd”, ongeacht waar de patiënt naar doorverwezen wordt ([www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl), 2013).

Samenvattend komt uit al deze onderzoeken een duidelijk beeld naar voren over de beleving van de zorg. Over het proces van triage zijn buiten de stap aangaande de triagestappen naar ziekenhuis, verpleeghuis of revalidatiecentrum en de ligduurverkorting geen harde data beschikbaar. Daarnaast wordt met name ingegaan op de beleving van de patiënten en de mantelzorger, maar wordt de beleving van de zorgprofessionals geheel buiten beschouwing gelaten.

De vraag die leeft bij de zorgprofessionals van het Rivierenlandziekenhuis in Tiel is niet te beantwoorden met alleen een literatuurstudie. Vandaar dat er door de Fontys Paramedische Hogeschool onderzoek wordt gedaan naar de beleving van het triageproces, van zowel CVA-patiënten, mantelzorgers als zorgprofessionals. In dit deel van het onderzoek zal worden ingegaan op de beleving van zorgprofessionals over de triage in de gehele ketenzorg. De onderzoeksvraag werd als volgt geformuleerd: “Hoe ervaren zorgprofessionals de efficiëntie van het beslisproces (triage) binnen het behandeltraject van de verleende CVA-ketenzorg als geheel?”

## 2. Methode

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden werd er eerst voor een vorm van onderzoek gekozen. Aangezien het ging om een relatief grote groep deelnemers, de data snel verzameld en makkelijk te analyseren moesten zijn is er gekozen voor een enquête.

De meest efficiënte manier om deze af te nemen was online. Daartoe werd er via de site [www.enquetemaken.be](http://www.enquetemaken.be) een online enquête opgesteld bestaande uit 24 vragen. De vragen werden opgesteld met behulp van het Kwaliteit in zorg instrument (Kwaliteit in zorg, 2011). De vragenlijst bestond uit 23 gesloten vragen en één open vraag waar de respondenten naar eigen inzicht nog zaken kwijt konden die zij belangrijk achtten. Vraag 22, "Hoe ervaart u de efficiëntie van het triageproces, gemeten op een schaal van 1 (zeer inefficiënt) tot 10 (zeer efficiënt)? " was ook voorzien van een commentaarveld, waar respondenten nog zaken konden toevoegen. Een overzicht van alle vragen is opgenomen in bijlage 1. Deze vragen werden als pilot eerst voorgelegd aan een tweetal logopedisten, waarvan één voornamelijk werkzaam was in de acute fase, de ander in de revalidatiefase, en aan de directe begeleider. Op basis van hun feedback werden enkele vragen aangepast, en de antwoordmogelijkheden van drie vragen anders geformuleerd. Hierna werd de enquête nogmaals door de onderzoekers aan hen voorgelegd. Toen er hierop geen nieuwe feedback meer kwam is de enquête geactiveerd, en is de volgende stap in het proces begonnen, het benaderen van de respondenten.

Er is voor gekozen om in eerste instantie elf verschillende zorgprofessionals te benaderen, ruwweg te verdelen in drie categorieën. Als eerste de groep van medici, te weten neurologen, revalidatieartsen, specialisten ouderengeneeskunde (verpleeghuisartsen) en huisartsen. De tweede groep bestond uit paramedici, te weten ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten en psychologen. De laatste groep was de groep van de verpleegkundigen, respectievelijk wijkverpleegkundigen, transferverpleegkundigen en CVA-verpleegkundigen. De keuze van deze professionals is gebaseerd op de persoonlijke ervaringen van de onderzoekers met de ketenzorg, en ter goedkeuring voorgelegd aan de begeleider. Er werd slechts één inclusie criterium opgesteld: de respondent moest in de afgelopen 24 maanden werkzaam zijn geweest met tenminste één CVA-patiënt. Deze zorgprofessionals werden benaderd op verschillende manieren.

Ten eerste benaderden de onderzoekers hun persoonlijke netwerk van kennissen werkzaam in een setting waar CVA-patiënten behandeld worden. Dit werd aangevuld met contacten opgedaan op stages, docenten aan de opleiding logopedie en de eigen huisartsen van de onderzoekers.

Ten tweede werden ziekenhuizen, verpleeghuizen, revalidatiecentra en overkoepelende organisaties benaderd. De respons rate van mensen die alleen via email benaderd worden, is minder dan de helft (Baarda, de Goede & Kalmijn, 2010). Voor de validiteit van het onderzoek was het belangrijk was om zoveel mogelijk respondenten te hebben, dus deze instellingen werden eerst telefonisch benaderd met de vraag of zij mee wilden werken. Zo werd hen het doel van de enquête en de tijdsinvestering uitgelegd. Het bleek qua tijdsinvestering niet mogelijk te zijn elke professional individueel te spreken,



daarom werden afdelingshoofden, teammanagers, secretaresses en HR-medewerkers benaderd met de vraag of zij en (leden van) hun team interesse hadden mee te werken.

Wanneer zorgprofessionals aangaven mee te willen werken werd hen een mail gestuurd met specifiekere uitleg van het onderzoek (zie bijlage 2). In deze mail stond een link naar de online enquête. In de mail stond verder de toestemming deze mail door te sturen elke zorgprofessional, die aan het inclusie criterium voldeed en werkzaam was als geïnccludeerde medicus, paramedicus of verpleegkundige. Het was de intentie om in elke beroepsgroep van minimaal vijf respondenten/professionals data te verzamelen, zodat er een representatief beeld geschetst kon worden.

De enquête werd geactiveerd op woensdag 20 november 2013 en werd gesloten op dinsdag 17 december. De antwoorden werden vervolgens gedownload in een Microsoft Excel 2010© sheet en de relevante gegevens werden ingevoerd in SPSS 21©. Dit programma werd gebruikt om de onderzoeksresultaten te ordenen en gemiddeldes en spreiding te berekenen. De grafieken zijn getekend met Word 2010©.

De antwoorden op de vraag “Hoe ervaart u de efficiëntie van het triageproces, gemeten in een schaal van 1 (zeer inefficiënt) tot 10 (zeer efficiënt)?” werden vergeleken met het beroep, fase waarin de zorgprofessional werkzaam waren en hoe lang zij al werkzaam waren. Om te controleren of eventueel gevonden verschillen significant van elkaar verschilden werd gebruik gemaakt van SPSS21©. Eerst werd daar bekeken of de data normaal verdeeld waren ook wel bekend als de Gauskromme (Slotboom, 2008). Dit werd gedaan door boxplots te maken en te controleren of gemiddelde, modus en mediaan overeenkwamen (zie bijlage 3). Toen dit in het merendeel van de gevallen niet zo bleek te zijn, en omdat er ook nominale en ordinale variabelen betrokken waren bij de vergelijkende statistiek werd met behulp van een non-parametrische test (Kruskal-Wallis-test), zoals ook aangeraden in de literatuur (Baarda, de Goede & van Dijkum, 2012), berekende of de gevonden uitkomsten significant van elkaar verschilden, de significantie van de gevonden verschillen berekend. In bijlage 4 zijn de berekeningen van deze toets opgenomen.

De open vragen werden gecodeerd volgens de methode beschreven in Boeije (2012). Eerst werden de antwoorden gecodeerd (open). Elk fragment kreeg zijn eigen code, en daar werd een nummer aan toegevoegd. Het eerste antwoord op vraag 22 kreeg nummer 1, het tweede nummer 2 enzovoort. Het laatste antwoord op vraag 22 en het eerste op vraag 24 kreeg een opvolgend nummer. Dit werd gedaan zodat, bij alfabetisch rangschikken van de codes voor de codeboom, de originele codes makkelijk teruggevonden kunnen worden in het bronbestand.

Bij het axiaal coderen, de volgende stap, werden codes samengevoegd op basis van de onderzoeksvraag, waardoor er ordening in codes ontstond, en koppeling aan bepaalde thema's.

Als laatste werden de geselecteerde codes gestructureerd, waardoor relaties tussen categorieën duidelijk werden. Bij al deze stappen werd gebruikt gemaakt van peer debriefing om de betrouwbaarheid/kwaliteit te bevorderen. De mede-onderzoekers werd gevraagd de codes te bekijken en te voorzien van commentaar. Bij een verschil in interpretatie van een fragment werd een wederzijdse toelichting gevraagd. Vervolgens werd hierover gediscussieerd tot er consensus over het fragment bereikt werd. `

De codeboom is opgenomen in bijlage 5 van dit verslag.

### 3. Resultaten

Tijdens de fase van de data verzameling werd de enquête 85 keer ingevuld. Elke vraag moest ingevuld worden. Door een onbekend technisch mankement waren enkele enquêtes niet compleet ingevuld. Wanneer er meer dan drie vragen, of één van de openingsvragen ontbrak, werd besloten de complete dataset van die respondent te verwijderen. Dit bleek bij drie respondenten het geval te zijn. Twee andere respondenten hadden in het commentaarveld maatschappelijk werker en bij vraag 1 psycholoog aangegeven als beroep. Omdat de grenzen van het onderzoek en het specialisme van de deelnemers van te voren al besloten waren, is besloten om deze enquêtes niet op te nemen in de uiteindelijke dataverzameling.

In de enquête hebben twee van de CVA-verpleegkundigen aangegeven dat ze "verpleegkundig specialist" zijn. Hierover is overlegd met mede-onderzoekers en praktijkbegeleiders en besloten dat deze data niet werd uitgesloten.

Uiteindelijk resulteerde dit in 80 respondenten, met nagenoeg complete datasets.

De beoogde respons is niet geheel gehaald. Twee beroepsgroepen, namelijk huisarts en transferverpleegkundige, ontbreken in de dataset. Twee andere beroepsgroepen, revalidatiearts en wijkverpleegkundige zijn zeer ondervertegenwoordigd (n=2 en n=1). In tabel 1 is opgenomen hoeveel respondenten er per beroep zijn, en in welke fase zij werkzaam zijn.

Tabel 1, verdeling van de beroepen van de respondenten, en de fase waarin zij werkzaam zijn.

|                     | Fase werkzaam |                  |                 |        |
|---------------------|---------------|------------------|-----------------|--------|
|                     | Acute fase    | Revalidatie fase | Chronische fase | Totaal |
|                     | N             | N                | N               | N      |
| Psycholoog          | 0             | 4                | 2               | 6      |
| Fysiotherapeut      | 5             | 7                | 2               | 14     |
| Logopedist          | 7             | 12               | 3               | 22     |
| Ergotherapeut       | 0             | 9                | 1               | 10     |
| CVA-verpleegkundige | 5             | 5                | 0               | 10     |
| Beroep Specialist   | 0             | 5                | 3               | 8      |
| Ouderengeneeskunde  |               |                  |                 |        |
| Neuroloog           | 7             | 0                | 0               | 7      |
| Revalidatiearts     | 0             | 2                | 0               | 2      |
| Wijkverpleegkundige | 0             | 0                | 1               | 1      |
| Totaal              | 24            | 44               | 12              | 80     |

Met behulp van deze beschikbare data werd een aantal vragen beantwoord.

### 3.1 Algehele waardering van de efficiëntie van het triageproces

Op de vraag “Hoe ervaart u de efficiëntie van het triageproces, gemeten op een schaal van 1 (zeer inefficiënt) tot 10 (zeer efficiënt)?” komt de gemiddelde waardering neer op 6,66 (SD: 1,44). De hoogste gemiddelde waardering wordt gegeven door de revalidatieartsen (7,50, SD: 0,71). Dit laatste cijfer is echter gebaseerd op een klein aantal respondenten. Aangezien het aantal revalidatieartsen dat gereageerd heeft klein was, is dit cijfer statistisch minder betrouwbaar, vandaar dat er ook gekeken moet worden naar een tweede groep die een relatief hoog cijfer geeft, de CVA-verpleegkundigen (7,20, SD: 1,75). Het hoogste absolute cijfer (9) werd gegeven door zowel een fysiotherapeut, logopedist, CVA-verpleegkundige als een specialist Ouderengeneeskunde. De laagste gemiddelde waardering en absoluut laagste waardering werden gegeven door de ergotherapeuten (6,00, SD: 1,69 / 2), tevens één van de beroepsgroepen met de grootste spreiding in waardering (6). Een grote spreiding is terug te vinden bij alle paramedisch beroepen. Dit is te zien in tabel 2.

Tabel 2: Waardering van de efficiëntie van het triage proces door de zorgprofessional

| Beroep              | Gemiddelde | Standaard deviatie | N  | Minimum | Maximum | Spreiding |
|---------------------|------------|--------------------|----|---------|---------|-----------|
| Psycholoog          | 6,5000     | 1,51658            | 6  | 4,00    | 8,00    | 4,00      |
| Fysiotherapeut      | 6,8571     | 1,23146            | 14 | 4,00    | 9,00    | 5,00      |
| Logopedist          | 6,4545     | 1,50324            | 22 | 3,00    | 9,00    | 6,00      |
| Ergotherapeut       | 6,0000     | 1,69967            | 10 | 2,00    | 8,00    | 6,00      |
| CVA-verpleegkundige | 7,2000     | 1,75119            | 10 | 3,00    | 9,00    | 6,00      |
| Specialist          | 6,5000     | 1,41421            | 8  | 4,00    | 9,00    | 5,00      |
| Ouderengeneeskunde  | 7,1429     | 1,06904            | 7  | 5,00    | 8,00    | 3,00      |
| Neuroloog           | 7,5000     | ,70711             | 2  | 7,00    | 8,00    | 1,00      |
| Revalidatiearts     | 7,0000     | .                  | 1  | 7,00    | 7,00    | ,00       |
| Wijkverpleegkundige | 6,6625     | 1,44908            | 80 | 2,00    | 9,00    | 7,00      |
| Totaal              |            |                    |    |         |         |           |

Uit de data blijkt dat er een verschil in waardering voor de efficiëntie van het triageproces bestaat tussen de groepen zorgprofessionals. Het aangetoonde verschil is niet significant (Kruskal-Wallistoets  $\chi^2 = 7,712$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0,462$ ). Wanneer de wijkverpleegkundigen en revalidatieartsen wegens hun kleine aantal weggelaten worden veranderen de cijfers (Kruskal-Wallistoets  $\chi^2 = 6,546$ ;  $df = 6$ ;  $p = 0,365$ ).

Wanneer respondenten gevraagd wordt hoe zij denken dat de patiënt en diens omgeving de efficiëntie van de triage ervaren, is er een nog grotere spreiding. Het totale gemiddelde is 6,28 (SD: 1,61). Net als bij de vorige vraag zijn revalidatieartsen en CVA-verpleegkundigen het meest positief van alle professionals (M: 7,50 / 6,80, SD: 0,71 / 1,32), net als de wijkverpleegkundige (7,00). De psychologen kennen gemiddeld de laagste waardering toe (M: 5,17, SD: 1,47). De spreiding is over het algemeen kleiner of gelijk aan de spreiding wanneer de respondenten naar hun eigen beleving wordt gevraagd,

behalve in het geval van de logopedisten, waar de spreiding toeneemt tot beide uitersten van de schaal. Zie ook tabel 3.

Tabel 3: Gedachten over hoe de patiënten het triage proces ervaren

| Beroep              | Gemiddelde | Standaard deviatie | N  | Minimum | Maximum | Spreiding |
|---------------------|------------|--------------------|----|---------|---------|-----------|
| Psycholoog          | 5,1667     | 1,47196            | 6  | 3,00    | 7,00    | 4,00      |
| Fysiotherapeut      | 6,7857     | 1,25137            | 14 | 4,00    | 9,00    | 5,00      |
| Logopedist          | 6,1364     | 2,18862            | 22 | 1,00    | 10,00   | 9,00      |
| Ergotherapeut       | 5,6000     | 1,26491            | 10 | 4,00    | 8,00    | 4,00      |
| CVA-verpleegkundige | 6,8000     | 1,31656            | 10 | 5,00    | 9,00    | 4,00      |
| Specialist          | 6,2500     | 1,38873            | 8  | 4,00    | 8,00    | 4,00      |
| Ouderengeneeskunde  | 6,4286     | 1,13389            | 7  | 5,00    | 8,00    | 3,00      |
| Neuroloog           | 7,5000     | ,70711             | 2  | 7,00    | 8,00    | 1,00      |
| Revalidatiearts     | 7,0000     | .                  | 1  | 7,00    | 7,00    | ,00       |
| Wijkverpleegkundige | 6,2750     | 1,61461            | 80 | 1,00    | 10,00   | 9,00      |
| Totaal              |            |                    |    |         |         |           |

Uit onderzoek blijkt dat er een verschil bestaat in de mate van waardering voor de efficiëntie van het triageproces zoals verschillende respondenten denken dat de patiënten het proces ervaren. Het aangetoonde verschil is niet significant (Kruskal-Wallistoets  $\text{Chi}^2 = 10,090$ ;  $\text{df} = 8$ ;  $p = 0,259$ ). Wanneer de wijkverpleegkundige en revalidatieartsen wegens hun kleine aantal weggelaten worden verandert dit (Kruskal-Wallistoets  $\text{Chi}^2 = 8,012$ ;  $\text{df} = 6$ ;  $p = 0,237$ ).

Vervolgens is er gekeken naar de waardering van de respondenten voor de efficiëntie van het triageproces per fase. Het blijkt dat respondenten werkzaam in de acute fase de efficiëntie van het triageproces het hoogst waarden met een gemiddelde van 7,04 (SD: 1,44). De waardering van professionals in de revalidatiefase of chronische fase verschilt weinig van elkaar, zoals in tabel 4 te lezen is.

Tabel 4: Waardering van de efficiëntie van de triage per fase waarin de zorgprofessional werkzaam is

| Fase werkzaam    | Gemiddelde | Standaard deviatie | N  | Minimum | Maximum | Spreiding |
|------------------|------------|--------------------|----|---------|---------|-----------|
| Acute fase       | 7,0417     | 1,33447            | 24 | 3,00    | 9,00    | 6,00      |
| Revalidatie fase | 6,4773     | 1,54752            | 44 | 2,00    | 9,00    | 7,00      |
| Chronische fase  | 6,5833     | 1,24011            | 12 | 4,00    | 9,00    | 5,00      |
| Totaal           | 6,6625     | 1,44908            | 80 | 2,00    | 9,00    | 7,00      |

Uit onderzoek blijkt dat er een verschil in waardering voor de efficiëntie van het triageproces bestaat tussen de verschillende respondenten werkzaam in een bepaalde fase. Het aangetoonde verschil is niet significant (Kruskal-Wallistoets  $\text{Chi}^2 = 3,151$ ;  $\text{df} = 2$ ;  $p = 0,207$ ).

Het verschil in waardering voor de efficiëntie van het triageproces tussen kortwerkende en langwerkende professionals werd ook in kaart gebracht. Het blijkt dat de kortst werkende professional (0 tot 2 jaar werkzaam), gemiddelde de hoogste waardering toekent (7,20, SD: 1,64). Er is ook relatief een kleine spreiding. Naarmate de professional langer werkzaam is daalt de waardering in eerste instantie. Professionals die 5 tot 10 jaar werkzaam zijn waarderen de triage met gemiddeld 6,31 (SD 1,78). In deze groep is ook de spreiding het grootst. Daarna neemt de waardering weer toe. Hierbij moet wel de kanttekening gemaakt worden dat de categorieën niet lineair verdeeld zijn. In tabel 5 staan de gegevens verder uitgesplit.

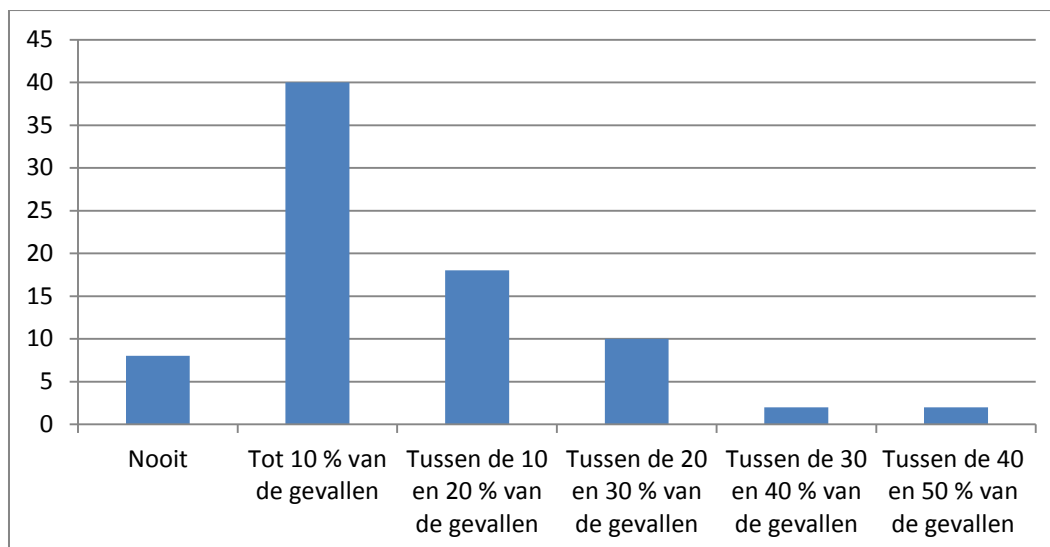
Tabel 5: Waardering van de efficiëntie van de triage, afgezet tegen het aantal beroepsjaren.

| Tijd werkzaam    | Gemiddelde | Standaard deviatie | N  | Minimum | Maximum | Spreiding |
|------------------|------------|--------------------|----|---------|---------|-----------|
| 0 tot 2 jaar     | 7,2000     | 1,64317            | 5  | 5,00    | 9,00    | 4,00      |
| 2 tot 5 jaar     | 6,8261     | 1,11405            | 23 | 3,00    | 8,00    | 5,00      |
| 5 tot 10 jaar    | 6,3125     | 1,77834            | 16 | 2,00    | 9,00    | 7,00      |
| 10 tot 15 jaar   | 6,4000     | 1,80476            | 15 | 3,00    | 9,00    | 6,00      |
| Meer dan 15 jaar | 6,8095     | 1,20909            | 21 | 3,00    | 8,00    | 5,00      |
| Totaal           | 6,6625     | 1,44908            | 80 | 2,00    | 9,00    | 7,00      |

Uit onderzoek lijkt dat er verondersteld kan worden dat er een verschil in waardering voor de efficiëntie van het triageproces bestaat tussen de verschillende respondenten naarmate deze korter of juist langer dan 5 tot 10 jaar werkzaam zijn. De verschillen zijn niet significant (Kruskal-Wallistoets  $\chi^2 = 2,611$ ;  $df = 4$ ;  $p = 0,625$ ).

### 3.2 Hertriage.

Wanneer er gevraagd wordt naar de persoonlijke ervaringen met hertriage (gespecificeerd als zelf een hertriage moeten toepassen, of weten dat er een hertriage moet worden toegepast op een doorverwezen cliënt) antwoordt de helft van de respondenten dat dit tot 10 % van de gevallen noodzakelijk is. Acht respondenten gaven aan dit nooit mee te maken. Figuur 1 laat een snelle afname in frequentie van doorverwijzen zien. Hoewel de antwoorden verdeeld waren in clusters van 10 procent heeft geen van de respondenten aangegeven dat dit in meer dan 50 % van de gevallen voorkomt. Figuur 1 laat de precieze cijfers zien.

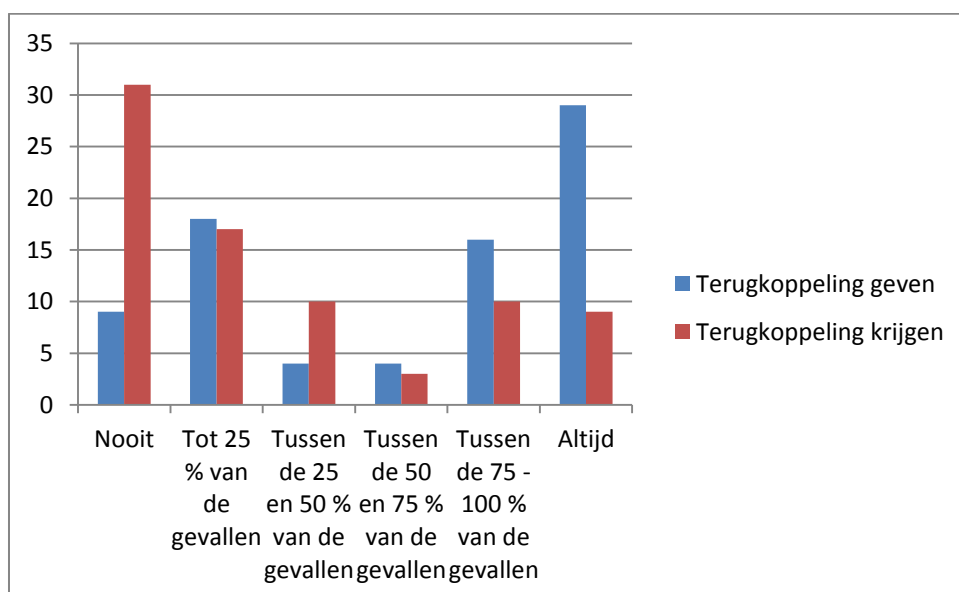


Figuur 1: Hoe vaak wordt hertriage toegepast?

### 3.3 Terugkoppeling

Wanneer er gevraagd wordt naar de terugkoppeling die respondenten hierover geven (dat kan zowel naar de verwijzer zelf zijn, maar ook naar een hoofdbehandelaar of direct leidinggevende), dan geeft het merendeel van de respondenten aan dit vaak, zo niet altijd, te doen (zie ook figuur 2). Een vrij grote minderheid geeft aan dit zelden of nooit te doen.

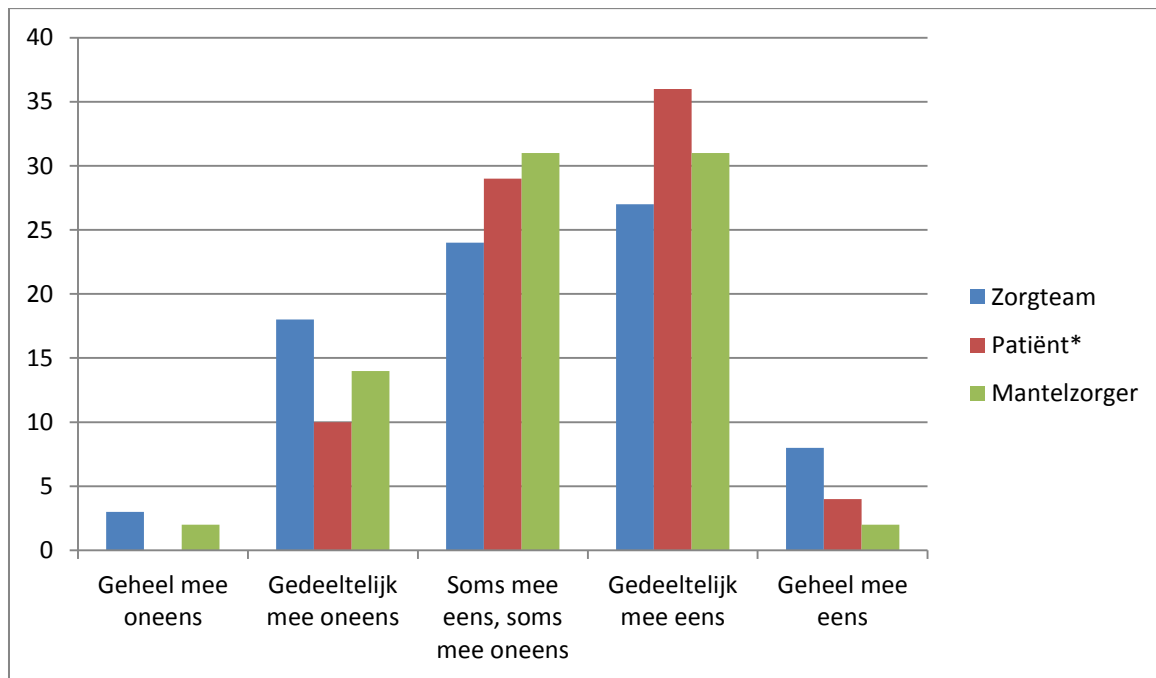
Na een noodzakelijke hertriage terugkoppeling krijgen van een collega, contactpersoon, behandeldeider of leidinggevende laat een ander beeld zien. Meer dan de helft zegt in dat geval nooit terugkoppeling te ontvangen, terwijl een minderheid zegt dit vaak of altijd te ontvangen.



Figuur 2: Frequentie van terugkoppeling na verkeerde triage geven en krijgen.

### 3.4 Onderling overleg en toelichting aan de patiënten

Wanneer respondenten gevraagd wordt de stelling te beoordelen of zij voldoende tijd hebben om de triagestappen te bespreken met of toe te lichten aan collega's, patiënten en mantelzorger zijn de reacties wisselend. Hoewel slechts enkele respondenten aan geven het hier "geheel mee oneens" te zijn, is de groep respondenten die aangeeft het "hier soms eens, soms mee oneens" te zijn, de op één na hoogste. Alhoewel de groep respondenten die nooit tijd voor overleg en toelichting hebben klein is, is de groep die aangeeft hier niet altijd tijd voor te hebben vrij groot. Zie ook figuur 3.



Figuur 3: Reacties op de stelling "Er is voldoende tijd voor overleg met ..."

\*Wegens een technisch mankement moest één antwoord geschrapt worden, bij patiënten n=79 in plaats van n=80

### 3.5 Concrete triage stappen.

In de literatuur is teruggevonden dat er twee stappen in het triage-proces erg confronterend zijn: de stap naar een revalidatiecentrum of verpleeghuis, en de stap weer terug naar huis. In de enquête waren er twee onderdelen opgenomen om te onderzoeken wat de visie van de respondenten hierop was. Vraag 19 was de stelling: "Voor veel patiënten is het begin van het revalidatietraject een harde confrontatie met hun beperkingen. Ik heb voldoende tijd om stil te staan bij de beleving van de patiënt en mantelzorgers.", en vraag 21 was: "De patiënt wordt voldoende voorbereid op de terugkeer naar de (nieuwe) woonsituatie." Op beide stellingen kon de respondent reageren met een waardering van 1 (geheel mee oneens) tot 5 (Geheel mee eens). Vraag 19 werd alleen gesteld aan respondenten werkzaam in de revalidatiefase maar door een technisch mankement had één zorgprofessional deze vraag overgeslagen (n=43, in plaats van 44). Vraag 21 werd alleen gesteld aan respondenten



werkzaam in de chronische fase maar door een technisch mankement had één zorgprofessional deze vraag overgeslagen (n=11, in plaats van 12).

Met de stelling dat er voldoende tijd was om stil te staan bij de beleving van patiënten en mantelzorger bij opname in een revalidatiecentrum was meer dan de helft van de respondenten, (n=24) het gedeeltelijk of geheel eens, en geen was het er geheel mee oneens.

Met de stelling dat de patiënt voldoende voorbereid werd op terugkeer naar de thuissituatie was ook het merendeel van de respondenten het geheel of gedeeltelijk eens, en wederom was geen het er geheel mee oneens. In Tabel 6 staan de uitgebreide resultaten hiervan.

Tabel 6: Reacties op de stelling of er tijd is om stil te staan bij bepaalde triagestappen.

|          | Geheel mee oneens | Gedeeltelijk mee oneens | Soms mee eens, soms mee oneens | Gedeeltelijk mee eens | Geheel mee eens | Totaal |
|----------|-------------------|-------------------------|--------------------------------|-----------------------|-----------------|--------|
| Vraag 19 | 0                 | 8                       | 11                             | 15                    | 9               | 43     |
| Vraag 21 | 0                 | 1                       | 4                              | 5                     | 1               | 11     |

### 3.6 Open vragen

In de enquête waren ook twee open vragen opgenomen. Vraag 22 “Hoe ervaart u de efficiëntie van het triageproces, gemeten in een schaal van 1 (zeer inefficiënt) tot 10 (zeer efficiënt)? “ had een extra commentaarveld zodat respondenten ook toelichting op hun antwoord konden geven. Verder was vraag 24 “Mocht u verder nog opmerkingen, aanvullingen of suggesties hebben dan kunt u die hieronder aangeven” een open vraag. Niet elke respondent maakte gebruik van deze commentaar velden. In totaal werden 34 velden ingevuld. Niet elke opmerking was relevant voor deze enquête (bevatte bijvoorbeeld enkel het woord “nee”, de opmerking was onduidelijk geformuleerd, een herhaling van eerder gegeven opmerkingen etc.). Deze opmerkingen werden voor dit onderzoek gecodeerd als “onbruikbare opmerking”.

Andere commentaarvelden bevatten meerdere opmerkingen. Deze werden gesplitst.

In totaal leidde dit tot 26 bruikbare reacties. Na het coderen werden opmerkingen ontstonden de verschillende topics. Op alfabet gerangschikt waren deze topics als volgt:

#### 3.6.1. Beperkingen

De meeste respondenten willen hun triageproces wel verbeteren maar lopen tegen beperkingen aan. Onduidelijkheid over de ketenzorglijnen wordt genoemd, tijdgebrek en ontbrekende gegevens bij doorverwijzing, maar de kern van het probleem lijkt geformuleerd te worden door een CVA-verpleegkundige die zegt: *“ik denk dat het nog beter kan omdat we zoekende zijn in <naam ziekenhuis>”*.

#### 3.6.2 Overleg tussen ketenpartners.

In de enquête wordt er gevraagd naar overlegmomenten. In het volgende commentaar wordt duidelijk dat het overleg (en voorbereiding op de volgende triage stap) in sommige gevallen zeer goed doordacht is. Het citaat is en van een specialist ouderengeneeskunde die in de revalidatiefase

werkzaam is. *“Ik neem deel aan het wekelijkse MDO van de afd. neurologie van het ziekenhuis met wie wij een ketensamenwerking hebben. meteen na het MDO bezoek ik de aangemelde patiënten voor triage.”*

### **3.6.3 Praktijkvoorbeelden te snelle of onjuiste triage**

Diverse respondenten geven voorbeelden door van een te snelle of vertraagde triage. De voorbeelden zijn zeer concreet. Een fysiotherapeut, werkzaam in de revalidatiefase: *“Door de ligduurverkortung in het ziekenhuis worden cliënten soms te snel doorgeschoven terwijl een andere setting beter zou zijn of dat revalidatie (nog) helemaal niet mogelijk is.”*

Een logopedist: *“Mijn ervaring is dat er regelmatig cliënten met zeer zware cva's die eigenlijk niet tot nauwelijks kunnen revalideren wel worden opgenomen met een dbc om te revalideren.”*

### **3.6.4 Protocol**

Twee respondenten geven opmerkingen over werken middels een vast protocol, maar geen van hen gaat dieper op de inhoud van dit protocol in..

### **3.6.5 Reflectie op het triage proces**

Het is duidelijk dat de respondenten die aan de enquête deelnamen reflecteren op het proces van triage. Er worden hierbij zowel positieve als negatieve punten naar voren gebracht.

Een CVA-verpleegkundige reflecteert en benoemt ook het werkprotocol: *“Samenwerking MD-team is sterk. MDO is 2(s) per week. Dagelijks wordt gekeken hoe het patiënt vergaat en welke nazorg er georganiseerd moet worden. Er wordt met een voorlopige ontslagdatum gewerkt, zodat patiënt/familie maar professionals naar dit doel kunnen werken.”*

Een psycholoog werkzaam in de revalidatiefase geeft ook aan dat de triage goed verloopt en de patiënten die hij of zij behandelt *“in 99% van de gevallen binnen het kader dat ik tot beschouw als de doelgroep verpleeghuisrevalidanten”* behoren.

Andere respondenten zijn minder tevreden. Met name stilstaan bij de beleving van de patiënt is iets dat niet altijd gebeurt volgens hen, al nuanceert een logopedist werkzaam in de revalidatiefase dit laatste wel met de volgende opmerking: *“In veel gevallen wordt het patiëntperspectief onvoldoende meegewogen in de triage om de doodeenvoudige reden dat de patiënt nog amper de tijd heeft gekregen om de nieuw ontstane situatie (na een CVA) te verwerken.”* Deze logopedist geeft ook aan dat er verschil gemaakt zou moeten worden in de ernst van het CVA. Het is alleen onduidelijk of zij hiermee bedoelt dat de de triage hierop aangepast moet worden, of de enquête. In de praktijk komt, volgens een ergotherapeut, een triage stap vaak neer op een mededeling aan de familie, in plaats van een overleg.

Een psycholoog die werkzaam is in de chronische fase geeft aan dat er veel teveel aandacht is voor acute zorg, en te weinig voor herstel in de chronische fase.

### **3.6.6 Suggesties ter verbetering**

Een van de respondenten, een CVA-verpleegkundige die werkzaam is in de revalidatiefase geeft aan dat er *“in het gehele traject winst te behalen is met goede voorlichting en een goede triage. Ik doel*

*dan op eenduidige communicatie over de route die bewandeld gaat worden zodat patiënten weten waar ze staan in het proces.”*

Dit commentaar heeft een aparte code gekregen omdat het aan de ene kant een concrete suggestie ter verbetering bevat, maar die suggestie aan de andere kant ook koppelt aan een goede voorlichting.

### **3.6.7 Overig**

Enkele andere commentaren werden apart gecodeerd omdat zij toelichtingen bevatten over eerder gegeven antwoorden. Enkele andere respondenten nuanceren de verkeerde of te snelle triage. Volgens één van hen (een CVA-verpleegkundige) komt het voor dat een cliënt naar huis wordt gestuurd, maar wordt deze stap wel uitgebreid gemonitord, om te kijken of dit wel de goede beslissing was. Dit alles in overleg met de arts en een nazorgteam als back-up. Het gaat hier duidelijk niet om een ondoordacht genomen beslissing, dus de vraag is of je deze stap dan werkelijk als “verkeerd” moet beschouwen.

Een psycholoog geeft ook concrete uitleg over bepaalde triagestappen met het geciteerde voorbeeld: *“Het komt wel eens voor dat ik denk dat iemand beter direct opgenomen had kunnen worden op een psychogeriatrische afdeling. Aan de andere kant vind ik het zinvol, uitgaande van acceptatie en verwerking bij het systeem, dat er een tussenstap wordt gemaakt”*. In dit voorbeeld gaat het om een hele duidelijke patiëntengroep, de psychogeriatrische patiënt.

#### 4. Discussie en conclusie

De onderzoeksvraag luidde: “Hoe ervaren zorgprofessionals de efficiëntie van het beslisproces (triage) binnen het behandeltraject van de verleende ketenzorg als geheel?” Een groep zorgprofessionals van het Rivierenziekenhuis te Tiel had de hypothese geformuleerd dat deze niet afgestemd was op de wensen en behoeften van de patiënt. Deze hypothese was geformuleerd naar aanleiding van hun eigen beleving.

Deze beleving werd niet herkend door het grootste deel van de respondenten. De gemiddelde waardering voor het triageproces bleek 6,66 te zijn, op een schaal van 1 tot 10. Deze voldoende waardering wordt niet veroorzaakt door enkele hoge uitschieters. Wel waren er in totaal 12 van de 80 respondenten die het triageproces onvoldoende beoordeelden (gedefinieerd als 5 of lager). De gemiddelde waardering daalt wel iets als er gevraagd wordt naar patiëntbeleving van de efficiëntie, en meer respondenten (21) geven het proces een onvoldoende waardering, en lijken dus de beleving van de zorgprofessionals van het Rivierenziekenhuis te delen. Ook zijn er slechts kleine verschillen per beroepsgroep, fase waarin werkzaam of aantal beroepsjaren. Bij een steekproef van minder dan 1000 respondenten wordt een p-waarde van 0,05 aangehouden (Baarda et al), alle berekende p-waardes waren groter dan 0,05, dus de significantie van deze verschillen is niet aangetoond.

Dat er nog steeds hertriage plaats vindt, wordt door het merendeel van de respondenten erkend. De groep die aangeeft dat dit slechts tot 10 procent van de gevallen plaats vindt, is echter het grootst (n=40). De hoogste twee categorieën, 30 tot 40 procent en 40 tot 50 procent worden beide slechts twee keer aangemerkt. In de enquête waren bij deze vraag nog hogere antwoordcategorieën aan te vinken, maar geen enkele respondent heeft dit ingevuld.

Een verklaring voor hertriage is mogelijk te vinden in de complexiteit en diversiteit van de patiëntengroep. De CVA-patiënt is een patiënt die in 90 procent van de gevallen nog te maken heeft met een co-morbiditeit; gemiddeld hebben CVA-patiënten vier diagnoses (Limburg et al., 2012). Een tweede reden waarom hertriage voor kan komen is het sterk individuele verloop van het herstelproces (Langhorne et al, 2011).

Verder moet opgemerkt worden dat hertriage soms een bewust onderdeel kan zijn van de behandeling. Zoals omschreven door een respondent: *“Een kleine groep mensen laten we juist naar huis gaan. Vaak gaat het thuis beter dan gedacht, soms ook minder goed. Juist hierop hebben we onze nazorg ingericht. Patiënt komt binnen 4 weken retour polikliniek. Revalidatiearts is betrokken dmv. MDO. Nazorg/revalidatie kan nog worden ingezet”*

Uit bovenstaande feiten kan worden afgeleid dat hertriage helemaal willen voorkomen niet alleen utopisch is, maar zelfs onwenselijk. De bovenstaande respondent was werkzaam in de acute fase en gaf zelf aan te weten dat er in 10 tot 20 procent van de gevallen een hertriage nodig was. Langhorne et al (2011) noemen geen cijfers over welke patiënten sneller of langzamer herstellen, dus het is niet te vergelijken of een hertriage tussen de 10 en 20 procent het te verwachten optimale resultaat is.

Een opvallend resultaat van deze studie zijn de antwoorden op de overdracht na een verkeerde triage. Slechts 29 van de 80 ondervraagden geven altijd terugkoppeling wanneer zij merken dat zij een cliënt behandelen die onjuist doorverwezen is. Een bijna even grote groep (n=27) doet dit in slechts in 25 procent van de gevallen of nooit. In hoofdstuk 1 van dit onderzoeksverslag werd al genoemd dat er geen protocol is voor hertrage, wat deze uitkomst mogelijk verklaart.

Als het gaat om terugkoppeling krijgen na een verkeerde triage, dan geven negen respondenten aan altijd terugkoppeling te krijgen, en 31 nooit. In deze groep respondenten is het zo dat er dus meer terugkoppeling werd gegeven dan ontvangen. Aangezien deze respondenten niet betrokken waren bij dezelfde patiëntengroep is het onmogelijk deze uitkomst ondoordacht te generaliseren naar de gehele ketenzorg in Nederland, maar het is aannemelijk dat er terugkoppelingen gegeven worden die niet bij de goede personen terecht komen.

Diverse vragen in de enquête richtten zich op de samenwerking met en betrokkenheid van de patiënt en mantelzorger. Een veel gehoorde uitspraak is dat de patiënt en mantelzorger betrokken moeten worden in hun eigen zorgproces, en dus ook in de triageprocessen (Alambuya et al, 2011). Dit is de wens van 70 procent van de patiënten en heeft diverse voordelen waaronder een betere kwaliteit van leven, en een betere arts-patiënt relatie (Stewart, Brown, Weston, McWhinney, McWilliam & Freeman (1995) in Van Staveren (2011); Elwyn, Edwards, Kinnersley, & Grol, 2000). Daarnaast zijn de beslissingen die een patiënt neemt voor het merendeel weloverwogen en medisch verantwoord (Stalmeier et al (2009) in Van Staveren (2011). Niettemin blijkt uit dit onderzoek dat er nog niet altijd tijd is om met de patiënt en mantelzorger het triageproces te bespreken. Ook overleg over de triage met collega's van het zorgteam komt niet altijd voor.

Een verklaring hiervoor zou te vinden kunnen zijn in de plotseling communicatieve beperkingen van de patiënt. Veertig procent van de patiënten in de acute fase heeft te maken met talige problemen (Limburg et al, 2012). Deze symptomen verdwijnen bij sommige patiënten nooit. Dalemans (2011) concludeert in haar onderzoek al dat zorgprofessionals niet voldoende geschoold zijn in het omgaan met deze cliëntgroep, wat het overleg tussen patiënt en zorgprofessional belemmert.

Tummers et al. (2013) noemen in hun onderzoek een mogelijke reden voor het feit dat er te weinig overlegd wordt door zorgprofessionals onderling; in de Nederlandse zorgsector worden individuele prestaties beloond, in plaats van samenwerking.

Gebrek aan samenwerking wordt bevestigd door de onderzoeksresultaten, een grote groep respondenten geeft of krijgt geen terugkoppeling over onjuiste triage, en wanneer er gevraagd wordt te reageren op de stelling "Ik heb voldoende tijd om triage momenten te bespreken met/toe te lichten aan zorgteam/patiënt/mantelzorger" reageren 21 deelnemers met "geheel" of "gedeeltelijk mee oneens" als het gaat om overleg met of toelichting aan het zorgteam, terwijl deze cijfers een stuk lager liggen als het gaat om de overleg met of toelichting aan de patiënt (10) of de mantelzorger (16).

De signalering van triageproblemen op instellingsniveau is uitgebreid beschreven door Tummers et al (2013). Zij stelden dat instellingen geen budget vrijmaken voor innovatie van de triage, individuele prestaties belonen boven samenwerking, lege bedden een instelling geld kosten, zorgprofessionals

hun waarde voor de organisatie steeds opnieuw moeten bewijzen, dus patiënten te lang in behandeling houden en er wordt nog steeds geen zorg en therapie op maat geboden. Ondanks de duidelijke en eenduidige signalering van deze problemen waren de oplossingen die hun deelnemers gaven voor deze problemen niet eenduidig.

Over twee stappen in het triageproces, de stap van ziekenhuisafdeling naar revalidatieafdeling en de stap van het terugkeren naar de thuissituatie, deed de bestudeerde literatuur twee uitspraken. Patiënten ervaren dit als moeilijke stappen, vanwege de confrontatie met de beperkingen (Voogt-Pruis et al, 2012) of de onvoldoende voorbereiding op de terugkeer in de thuissituatie (Dalemans, 2011; Voogt-Pruis et al, 2012). De zorgprofessionals geven op hun buurt aan vaak wel tijd te hebben om deze emoties te bespreken met hun patiënten, en hen goed voor te kunnen bereiden, alhoewel deze mogelijkheid er niet altijd is. Een verklaring voor dit verschil zou kunnen zijn dat patiënten niet alleen behoefte hebben aan meer dan alleen hun emoties bespreekbaar te maken, intensievere of langere gesprekken of dat deze gesprekken op de een niet bevredigende manier verlopen.. Ook is het mogelijk dat de patiënten die zich niet gehoord of voorbereid voelen oververtegenwoordigd waren in dat onderzoek, dan wel ondervertegenwoordigd in de patiëntpopulatie van de respondenten in dit onderzoek.

De enquête is ook verspreid onder de zorgprofessionals van het Rivierenziekenhuis. De enquête werd echter anoniem ingevuld, dus het is niet te achterhalen of hun antwoorden veel afwijken van het gemiddelde. Verder zijn de data beperkt generaliseerbaar, aangezien de kans groot is dat deze zijn ingevuld door respondenten werkzaam in verschillende ketens, met een andere patiëntengroep. De duidelijk niet normale verdeling van de data zou erop kunnen wijzen dat er grote verschillen bestaan tussen efficiëntie van de triage binnen instellingen. In hoofdstuk 3.6.2 beschrijft een specialist ouderengeneeskunde een stap in het triageproces waaruit betrokkenheid en onderling overleg blijkt. Een andere respondent geeft in hoofdstuk 3.6.1. juist aan nog zoekende te zijn in het hele proces.

Uiteindelijk zijn er data verzameld van 80 respondenten, maar aangezien het mogelijk was om de enquête meerdere keren in te vullen is het niet zeker dat er ook daadwerkelijk 80 unieke respondenten waren. Er werd zelfs expliciet gevraagd aan respondenten die werkzaam waren in twee van de drie fases om de enquête meerdere malen in te vullen. Eén respondent heeft aangegeven dit gedaan te hebben.

De enquête vertoonde enkele technische mankementen. De programmering van de enquête was dusdanig dat elke vraag verplicht ingevuld moest worden voordat de respondent naar de volgende vragen kon doorklikken. Het feit dat er diverse enquêtes niet compleet ingevuld waren maakt duidelijk dat de kans bestaat dat de data niet goed geregistreerd werden.

Een ander punt is de manier van vragen stellen. Om te onderzoeken of bepaalde processen of overlegmomenten vaak voorkwamen werd de respondenten gevraagd te reageren op de positief

geformuleerde stelling “Er is voldoende tijd om...”. De antwoordmogelijkheden varieerden van “Geheel mee oneens” tot “Geheel mee eens” op een vijfpuntsschaal. Omwille van de logica en leesbaarheid was het beter geweest deze processen te onderzoeken door middel van de vraag: “Er is voldoende tijd om...”, en als antwoordmogelijkheden “nooit” tot “altijd” aan te bieden.

Uit kostenbesparing is ook gekozen voor de gratis versie van de site [www.enquetemaken.be](http://www.enquetemaken.be). Dit had als gevolg dat er reclames onder en boven de vragen te zien waren. Één respondent gaf aan zich hieraan te ergeren, mogelijk zijn er meer respondenten geweest die daarom de enquête niet compleet hebben ingevuld hierdoor.

## 5. Aanbevelingen

CVA-patiënten ervaren een relatief zware ziektelast en CVA-zorg is een grote kostenpost. Onderzoeken naar de efficiëntie van de triage zijn tot nu toe beperkt, dus nader onderzoek is gewenst. Dit onderzoek richtte zich op een kleine groep deelnemers en de ingevulde antwoorden werden gegeven op basis van herinneringen hetgeen de antwoorden subjectief maakt. De efficiëntie van het triageproces kan gemeten worden door middel van een longitudinale studie, waarbij patiënten in verschillende regio's gevolgd worden. Zo kunnen de ervaringen van de zorgprofessionals, patiënten en mantelzorgers ook met elkaar vergeleken worden.

Een advies wat de onderzoekers uit willen brengen aan het werkveld als geheel, is het opstellen van een protocol voor hertriage, waarbij de aandacht ook komt te liggen op terugkoppeling indien triage onjuist bleek te zijn. Het feit dat er nu terugkoppeling gegeven wordt waar niets mee gedaan wordt is een verspilling van middelen en komt de zorg niet ten goede.

Op instellingsniveau is het aan te raden om regelmatig met patiënten en mantelzorgers in gesprek te gaan over hoe zij het triageproces ervaren, aangezien er discrepanties lijken te bestaan tussen de beleving van de betrokken partijen. Met deze resultaten kan de zorg en het triageproces steeds meer aangescherpt worden.

De laatste aanbeveling is het inschakelen van communicatie-experts om het overleg met patiënten die talig aangedaan zijn te vergemakkelijken. Men zou hierbij kunnen denken aan gespecialiseerde afasieverpleegkundigen, of logopedisten. In eerdere studies in het Verenigd Koninkrijk is al aangetoond dat de rol van de logopedist op het gebied van communicatie vaak niet erkend wordt door ketenpartners (Pound & Ebrahim, 1997). Deze expertise ligt dus als het ware “voor het oprapen”, maar er wordt nu nog te weinig mee gedaan.



## 6. Literatuur

Alambuya, N.R., Ali, S., Apostolidis K., Beinfeld M.T., Bijwe, S.R., Bravo, P. et al (2011). Salzburg statement on shared decision making. Op 22-01-2014 verkregen via <http://e-patients.net/u/2011/03/Salzburg-Statement.pdf>

Baarda, B., de Goede, M., & van Dijkum, C. (2012). *Basisboek statistiek met SPSS*. Groningen/Houten: Noordhof Uitgevers.

Baarda, B., de Goede, M., & Kalmijn, M. (2010). *Basisboek enquêteren. Handleiding voor het maken van een vragenlijst en het voorbereiden en afnemen van enquêtes*. Groningen/Houten: Noordhof Uitgevers.

Boeije, H. (2012). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers

Dalemans, R. (2011). *Patiëntenperspectief op CVA zorg bij afasie: ervaringen van patiënten en naasten*. Op 16-09-2013 verkregen via [http://www.kennisnetwerkcva.nl/sites/default/files/Rapportage\\_kennisnetwerk\\_CVA\\_Zorg\\_versie\\_2.pdf](http://www.kennisnetwerkcva.nl/sites/default/files/Rapportage_kennisnetwerk_CVA_Zorg_versie_2.pdf).

Dalemans, R., Wade, D.T., van den Heuvel, W.J.A. & de Witte, L.P. (2009). Facilitating the participation of people with aphasia in research: a description of strategies. *Clinical Rehabilitation*, 23, 948–959

Elwyn, G., Edwards, A., Kinnersley, P. & Grol R. (2000). Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J General Practice*. 50: 892-899.

Eyck A., & Peerenboom, P.B. (2006). *Revalidatie in Nederland. De grenzen van AWBZ en ZVW*. Leusden: ETC Tangram

Faber, E., de Bondt, M., Beusmans, G.H.M.I., Eekma, H., Kaptein, I., van Noot, S., et al. (2007). Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak CVA. *Huisarts en Wetenschap*, 50, S5-S8.

Kirchmann, L. L. (2003). *Anatomie en fysiologie van de mens*. Maarsen, Elsevier gezondheidszorg

Kwakkel, G., van Peppen, R., Wagenaar, R.C., Wood Dauphine, S., Richards C., Ashburn, A. et al. (2004). Effects of augmented exercise therapy time after stroke: A meta-analysis. *Stroke*, 35, 2529 - 2539

Kwaliteit in Zicht, (2011). Handleiding behorend bij basisset Kwaliteitscriteria; het patiënten perspectief voor chronisch zieken. Op 18-09-2013 verkregen via [http://www.npcf.nl/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4202](http://www.npcf.nl/index.php?option=com_content&view=article&id=4202).

Langhorne, P., Bernhardt, J., & Kwakkel, G. (2011). Stroke rehabilitation. *Lancet*, 377, 1693-1702.

Limburg, M., Voogdt, H., & Werkgroep CVA. (2012). Zorgstandaard CVA/TIA. Maastricht: Drukkerij Walters.

Nationaal kompas. <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/hartvaatstelsel/beroerte/beroerte-samengevat>, geraadpleegd op 22-01-2014.

Nederlandse Vereniging voor Neurologie. (2008). Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte. Op 11-09-2013 verkregen via [www.cbo.nl/Downloads/218/rl\\_beroerte\\_09.pdf](http://www.cbo.nl/Downloads/218/rl_beroerte_09.pdf)

Pound, P. & Ebrahim, E. (1997). Redefining 'doing something': Health Professionals' views on their role in the care of stroke patients. *Physiotherapy Research International*, 2, 12-28

Slotboom, A. (2008). *Statistiek in woorden*. Groningen/Houten: Noordhof Uitgevers.

Stalmeier P.F.M, van Tol-Geerdink J.J., van Lin E.N.J.T., Schimmel E., Huizenga H., van Daal W.A.J., et al. (2009), De patiënt kiest voor werkbaar en effectief. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 153: 600 - 606

Stewart M.A., Brown, J.B., Weston, W.W., McWhinney, I.R., McWilliam, C.L., & Freeman T.R. (1995), *Patient-centred medicine: Transforming the clinical method*. Thousand Oaks (CA): Sage

Struijs, J.N., van Geneugten, M.L.L., Evers, S.M.A.A., Ament, A.J.H., Baan, C.A., van den Bos G.A.M. (2006). Future costs of stroke in the Netherlands: the impact of stroke services. *Int J Technol Assess Health Care* 22, 518 – 524.

Tummens, F.M.M., Schrijvers, J.P. & Visser-Meily, M.A. (2013). A qualitative study of stakeholders views on the effects of provider payment on cooperation, quality of care and costs-containment in integrated stroke care. *BMC Health Services Research*, 13, 127.

Van Eden, M., van Heugten, C.M., & Evers, S.M.A.A. (2012). The economic impact of stroke in the Netherlands: the €-restore4stroke study. *BioMed Central Public Health*, 12, 122

Van Staveren, R. (2011). Gezamenlijke besluitvorming in de praktijk. *Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde*, 155, 1 - 5

Verenso. (2012). *Triage instrument revalidatiezorg*. Op 16 september 2013 verkregen via <http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Wat-doen-wij/Verensotriage-instrument-GRZversie-maart-2013.pdf>

Visser - Meily, J.M.A., & van Heugten C.M. (2004). *Zorg voor de Mantelzorg, addendum bij Revalidatie na een beroerte*. Den Haag: Nederlandse Hartstichting.

Vluggen, T.P.P.M., van Haastregt, J.C.M., Verbunt, J.A, Keijsers E.J.M., & Schols, J.M.G.A. (2012). Multidisciplinary transmural rehabilitation for older persons with a stroke: the design of a randomised controlled trial. *BioMed Central Neurology* 12, 164.

Voogt-Pruis, H., Benjaminsen, S., & Limburg, M. (2012). *Patiëntenperspectief op CVA-zorg; Ervaringen en wensen van patiënten en naasten*. Op 02-09-2013 verkregen via <http://www.kennisnetwerkcva.nl/2e-fase-0>.

## **CVA Triage onderzoek**

Deze enquête is opgesteld door studenten van de Fontys Paramedische Hogeschool en onderzoekt de beleving van zorgprofessionals aangaande de triagemomenten in het behandeltraject van mensen die een Cerebero Vasculair Accident (CVA) hebben doorgemaakt.

Het invullen van deze vragenlijst zal ongeveer tien minuten van uw tijd in beslag nemen.

Met triage wordt bedoeld de overplaatsing, en het daaraan voorafgaande beslistraject, van patienten:

- Binnen het ziekenhuis, van de ene afdeling naar de andere (bijvoorbeeld van stroke-unit naar een verpleegafdeling)
- Vanuit het ziekenhuis naar een plek om te revalideren of te wonen.
- Vanuit een plek om te revalideren naar een (nieuwe) woonsituatie.

In de vragen wordt verwezen naar "patiënt(en)", daarmee worden specifiek patiënten die een CVA doorgemaakt hebben bedoeld. Voor de leesbaarheid is de mannelijke vorm (patiënt / hij) aangehouden, maar waar "patiënt" / "hij" staat kan "patiënte" en "zij" gelezen worden.

Start de Enquête

### **Instructies voor het invullen**

Enkele vragen bestaan uit stellingen waarbij er wordt gevraagd in hoeverre u het eens/oneens bent met de stelling. Hierbij geeft u met de waarde 1 (uiterst links) aan dat u het in het geheel niet eens bent met de stelling en de waarde 5 (uiterst rechts) geeft aan dat u het volledig eens bent met de stelling.

Enkele andere stellingen hebben betrekking op een frequentie van voorkomen waarbij de waarde 1 staat voor "nooit" en de waarde 5 voor "altijd".

**\* 1 Wat is uw specialisme? Indien u meerdere specialisaties heeft, kies dan voor het specialisme waarin u het merendeel van uw tijd werkzaam bent**

- ☐ Neuroloog
- ☐ Revalidatiearts
- ☐ Specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts)
- ☐ Huisarts
- ☐ Ergotherapeut
- ☐ Fysiotherapeut
- ☐ Logopedist
- ☐ Psycholoog
- ☐ Wijkverpleegkundige
- ☐ Transferverpleegkundige
- ☐ CVA-verpleegkundige

**\* 2 Hoe lang bent u werkzaam in deze setting?**

- ☐ 0 tot 2 jaar
- ☐ 2 tot 5 jaar
- ☐ 5 tot 10 jaar
- ☐ 10 tot 15 jaar
- ☐ Langer dan 15 jaar

**\* 3 Geef hieronder aan in welke fase van het behandeltraject u voornamelijk betrokken bent bij de behandeling van patiënten. U kunt slechts één keuze aangeven, kies de fase waarin u het meest werkzaam bent.**

Indien u bijvoorbeeld werkzaam bent in een ziekenhuis en een revalidatiecentrum kunt u zowel het antwoord "Acute fase" als "Revalidatiefase" als antwoord kiezen. Kiest u voor "Acute fase" hebben de stellingen en vragen die u voorgelegd worden betrekking op deze fase.

Het is mogelijk, en wordt zelfs op prijs gesteld, als u de enquête nogmaals invult voor de andere fase waarin u werkzaam bent.

- ☐ Acute fase (Tot twee weken post-onset)
- ☐ Revalidatiefase (Twee weken tot zes maanden post-onset)
- ☐ Chronische fase (Vanaf 6 maanden post-onset)

**\* 4 Welke patiënten ziet u voornamelijk in het revalidatietraject? U kunt slechts één keuze aangeven, kies het traject waarin u het meest werkzaam bent.**

Het is mogelijk, en wordt zelfs gewaardeerd, als u de enquête een tweede keer invult als u in twee trajecten werkzaam bent.

Alle volgende vragen hebben betrekking op de hier gekozen fase en het gekozen traject.

- ☐ Patiënten die revalideren op de revalidatieafdeling van een verpleeghuis
- ☐ Patiënten die revalideren in een revalidatiecentrum
- ☐ Patiënten die poliklinisch revalideren (thuis of aangepast wonen, maar nog therapieën volgen via het ziekenhuis)
- ☐ Patiënten die via dagbehandeling revalideren (Thuis of aangepast wonen, maar revalideren via een verpleegtehuis)

#### Behandelplan

De onderstaande stellingen hebben allemaal betrekking op het behandelplan.

**\* 5 Er is voldoende tijd om een behandelplan op te stellen, aansluitend op de (on)mogelijkheden van de patiënt.**

Geheel mee oneens 1

#### Behandelplan

De onderstaande stellingen hebben allemaal betrekking op het behandelplan.

**\* 5 Er is voldoende tijd om een behandelplan op te stellen, aansluitend op de (on)mogelijkheden van de patiënt.**

Geheel mee oneens 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Geheel mee eens

**\* 6 Er is voldoende tijd om een behandelplan op te stellen, aansluitend op de resultaten van onderzoek.**

Geheel mee oneens 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Geheel mee eens

**\* 7 Er is voldoende tijd om een behandelplan op te stellen, aansluitend op de hulpvra(a)g(en) van de patiënt.**

Geheel mee oneens 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Geheel mee eens

**\* 8 De patiënt en/of mantelzorger heeft voldoende inspraak in het te volgen behandeltraject, inclusief doorverwijzen en/of stopzetten van de behandeling.**

Geheel mee oneens 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Geheel mee eens

#### Triagemomenten

De onderstaande stellingen hebben allen betrekking op de momenten van triage waarbij u betrokken bent.

**\* 9 Er is voldoende tijd om het triageproces te bespreken met het zorgteam.**

Geheel mee oneens 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Geheel mee eens

**10 Er is voldoende tijd om het triageproces te bespreken met en toe te lichten aan de patiënt.**

Geheel mee oneens 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Geheel mee eens

**\* 11 Er is voldoende tijd om triageproces te bespreken met en toe te lichten aan de mantelzorger of directe omgeving.**

Geheel mee oneens 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Geheel mee eens

**\* 12 Hoe vaak heeft uw het idee dat u een patiënt behandelt die naar de verkeerde setting doorverwezen is?**

Nooit 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Altijd

**\* 13 Kunt u ongeveer aangeven in hoeveel procent van de gevallen het gebeurt het dat u een hertrriage moet toepassen, of weet dat een cliënt een hertrriage moet ondergaan? Het gaat om hertrriage die het gevolg is van een te snelle eerdere triage.**

Hierbij wordt bedoeld dat een patiënt is overgeplaatst vanuit uw instelling naar een andere instelling of (nieuwe) woonsituatie en dat achteraf blijkt dat deze plaatsing niet optimaal was.

Een ander voorbeeld is dat u een patiënt in behandeling hebt die achteraf niet op zijn plek was in uw instelling, of in de (nieuwe) woonsituatie.

- ☐ Nooit
- ☐ Tot 10 % van de gevallen
- ☐ Tussen de 10 en 20 % van de gevallen
- ☐ Tussen de 20 en 30 % van de gevallen
- ☐ Tussen de 30 en 40 % van de gevallen
- ☐ Tussen de 40 en 50 % van de gevallen
- ☐ Tussen de 50 en 60 % van de gevallen
- ☐ Tussen de 60 en 70 % van de gevallen
- ☐ Tussen de 70 en 80 % van de gevallen
- ☐ Tussen de 80 en 90 % van de gevallen
- ☐ Tussen de 90 en 100 % van de gevallen
- ☐ Altijd

**\* 14 Hoe vaak geeft u terugkoppeling aan de verwijzer (hiermee kan ook uw leidinggevende of de hoofdbehandelaar bedoeld worden) indien u een patiënt behandelt die niet op zijn plaats blijkt te zijn in uw instelling?**

- ☐ Nooit
- ☐ Tot 25 % van de gevallen
- ☐ Tussen de 25 en 50 % van de gevallen
- ☐ Tussen de 50 en 75 % van de gevallen
- ☐ Tussen de 75 - 100 % van de gevallen
- ☐ Altijd

**\* 15 Hoe vaak krijgt u terugkoppeling van een verwijzer (hiermee kan ook uw leidinggevende of de hoofdbehandelaar bedoeld worden) indien blijkt dat er een patiënt verkeerd is doorverwezen?**

- ☐ Nooit
- ☐ Tussen de 0 en de 25 % van de gevallen
- ☐ Tussen de 25 en de 50 % van de gevallen
- ☐ Tussen de 50 en de 75 % van de gevallen
- ☐ Tussen de 75 en de 100 % van de gevallen
- ☐ Altijd

#### Overdracht

De onderstaande stellingen gaan over de overdracht.

**\* 16 Heeft u voldoende tijd om een overdracht te schrijven voor een collega?**

Nooit 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Altijd

**\* 17 Krijgt u een duidelijke overdracht van collega's?**

Nooit 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Altijd

#### Stellingen

Er komen nu een aantal stellingen (afhankelijk van uw specialisme en voornaamste bezigheden) waarop wij u vragen te reageren.

**\* 18 De patiënt wordt te snel overgeplaatst van de stroke-unit naar een verpleegafdeling.**

Geheel mee oneens 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Geheel mee eens

**\* 19 Voor veel patiënten is het begin van het revalidatietraject een harde confrontatie met hun beperkingen. Ik heb voldoende tijd om stil te staan bij de beleving van de patiënt en mantelzorgers.**

Geheel mee oneens 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Geheel mee eens



**\* 20 Hoe vaak heeft u als behandelaar het idee dat de patiënt niet op zijn plaats is in zijn nieuwe woonomgeving?**

Nooit 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Altijd

**\* 21 De patiënt wordt voldoende voorbereid op de terugkeer naar de (nieuwe) woonsituatie.**

Geheel mee oneens 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Geheel mee eens

**\* 22 Hoe ervaart u de efficiëntie van het triageproces, gemeten in een schaal van 1 (zeer inefficiënt) tot 10 (zeer efficiënt)?**

Zeer inefficiënt 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ Zeer efficiënt

Indien u wilt kunt u hier nog een toelichting geven

**\* 23 Hoe denkt u dat de patiënt/mantelzorgers/familie de efficiëntie van het triageproces, gemeten in een schaal van 1 (zeer inefficiënt) tot 10 (zeer efficiënt) ervaren?**

Zeer inefficiënt 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ Zeer efficiënt

**24 Mocht u verder nog opmerkingen, aanvullingen of suggesties hebben dan kunt u die hieronder aangeven.**

## **Bijlage 2: Opgestelde email ter uitnodiging van deelname**

Geachte heer/mevrouw,

We hebben uw contactgegevens verkregen na een telefonisch gesprek of emailuitwisseling met u of één van uw collega's.

Wij, vierdejaars logopediestudenten aan de Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven, doen onderzoek naar de ervaring van patiënten, mantelzorgers en zorgprofessionals over de efficiëntie van het triagetraject bij CVA-patiënten.

De zorg is de afgelopen jaren sterk veranderd, onder andere door de bezuinigingen. Er worden steeds sneller keuzes en beslissingen gemaakt over het vervolgtraject van patiënten.

Graag zouden wij, middels een enquête, van u als zorgprofessional, weten hoe u de triage op dit moment ervaart en vragen 10 minuten van uw tijd voor het invullen van deze enquête. De resultaten zullen anoniem verzameld en verwerkt worden.

U vindt de enquête door [hier](#) te klikken.

Indien de link niet werkt kunt u deze link: <http://www.enquetemaken.be/toonenquete.php?id=163122>. kopiëren en in het venster van uw webbrowser plakken.

Alvast vriendelijk bedankt voor uw medewerking, en mocht u verder nog vragen hebben dan zijn wij te bereiken via bijgevoegd telefoonnummer en mailadres.

Met vriendelijke groet,

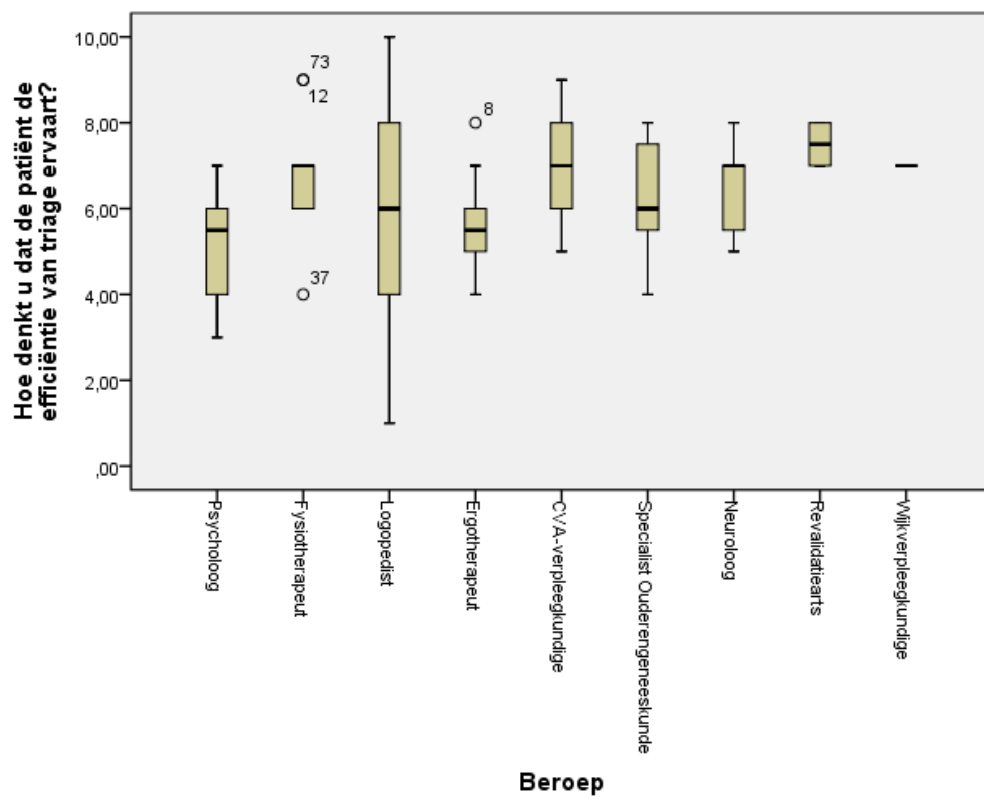
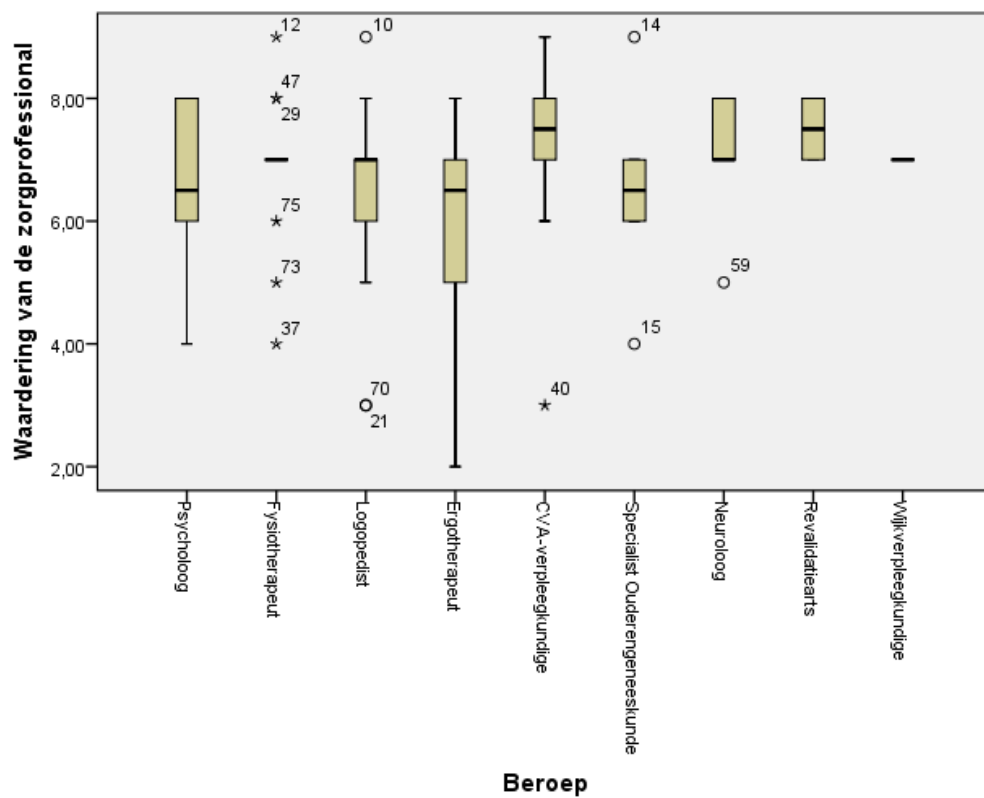
Anitsia Ansems,  
Bas Bouckaert,  
Marleen Rutten  
Marcel Strijbosch

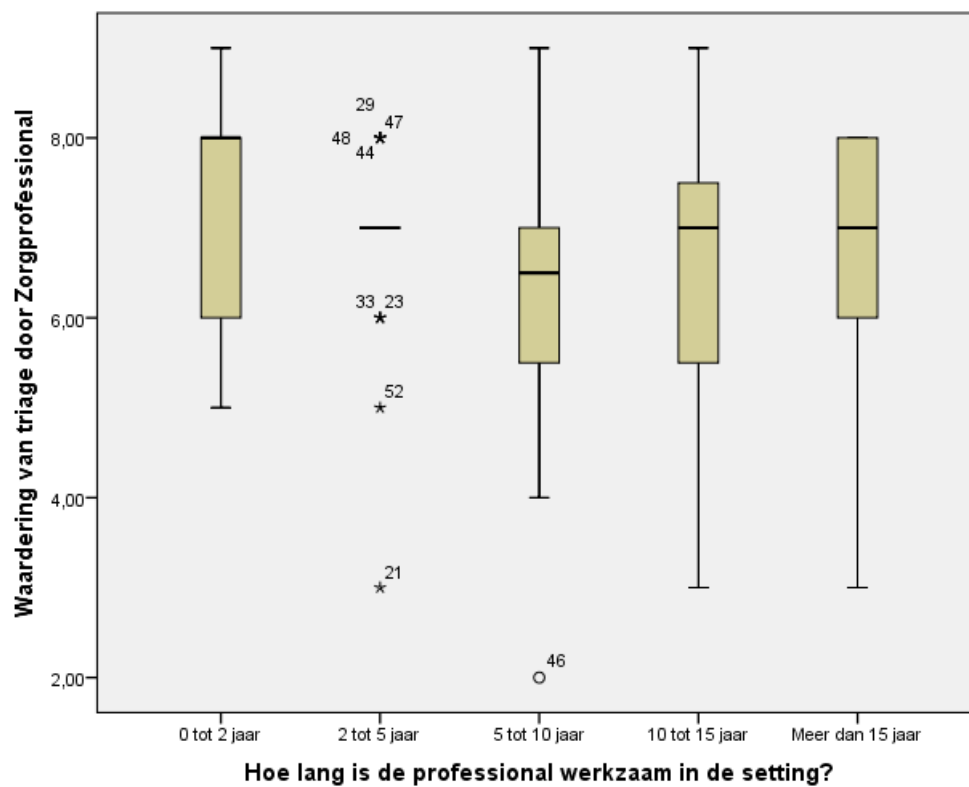
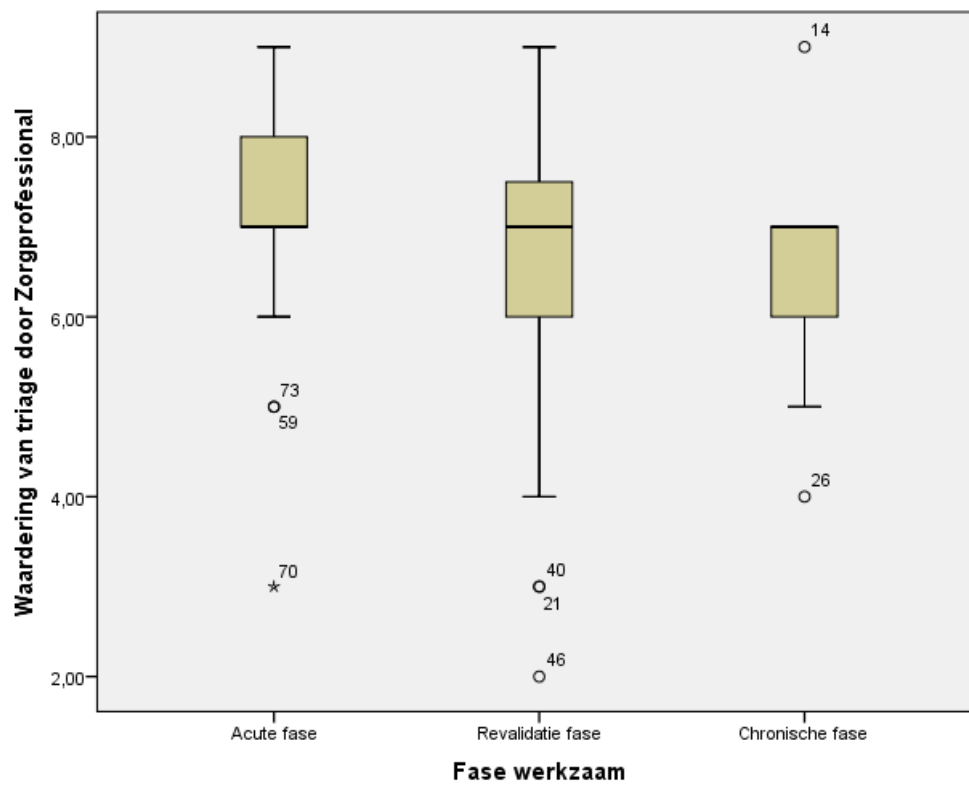
Algemeen e-mailadres: [onderzoekcva@gmail.com](mailto:onderzoekcva@gmail.com)  
Telefoonnummer: 06-38426251

PS: Deze enquête mag vrijelijk doorgestuurd worden naar de doelgroep van deze enquête te weten: Neurologen, Revalidatieartsen, Specialisten ouderengeneeskunde (verpleeghuisartsen), Huisartsen, Ergotherapeuten, Fysiotherapeuten, Logopedisten, Psychologen, Wijkverpleegkundigen, Transferverpleegkundigen en CVA-verpleegkundigen, die in de afgelopen twee jaar werkzaam zijn geweest met CVA-patiënten.

PS2: Indien u terugkoppeling van de resultaten op prijs stelt kunt u een email sturen naar [onderzoekcva@gmail.com](mailto:onderzoekcva@gmail.com), zodat wij u een samenvatting van de resultaten kunnen toesturen.

### Bijlage 3: Boxplots





#### Bijlage 4: Kurkall-wallis testen

Kurkall-wallis toets voor de gegevens van tabel 2 in het verslag met Revalidatie-artsen en wijkverpleegkundige.

Ranks

|                  | Beroep              | N  | Mean Rank |
|------------------|---------------------|----|-----------|
| Zorgprofessional | Psycholoog          | 6  | 37,83     |
|                  | Fysiotherapeut      | 14 | 43,04     |
|                  | Logopedist          | 22 | 36,77     |
|                  | Ergotherapeut       | 10 | 30,75     |
|                  | CVA-verpleegkundige | 10 | 51,45     |
|                  | Specialist          | 8  | 34,88     |
|                  | Ouderengeneeskunde  |    |           |
|                  | Neuroloog           | 7  | 49,29     |
|                  | Revalidatiearts     | 2  | 55,75     |
|                  | Wijkverpleegkundige | 1  | 44,00     |
|                  | Total               | 80 |           |

Test Statistics<sup>a,b</sup>

|             |                      |
|-------------|----------------------|
|             | Zorgprofession<br>al |
| Chi-Square  | 7,712                |
| df          | 8                    |
| Asymp. Sig. | ,462                 |

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Beroep

Kurkall-wallis toets voor de gegevens van tabel 2 in het verslag zonder Revalidatie-artsen en wijkverpleegkundige.

Ranks

|                  | Beroep              | N  | Mean Rank |
|------------------|---------------------|----|-----------|
| Zorgprofessional | Psycholoog          | 6  | 36,83     |
|                  | Fysiotherapeut      | 14 | 41,89     |
|                  | Logopedist          | 22 | 35,86     |
|                  | Ergotherapeut       | 10 | 30,10     |
|                  | CVA-verpleegkundige | 10 | 49,80     |

|                    |    |       |
|--------------------|----|-------|
| Specialist         | 8  | 34,13 |
| Ouderengeneeskunde |    |       |
| Neuroloog          | 7  | 47,79 |
| Total              | 77 |       |

Test Statistics<sup>a,b</sup>

|             |                      |
|-------------|----------------------|
|             | Zorgprofession<br>al |
| Chi-Square  | 6,546                |
| df          | 6                    |
| Asymp. Sig. | ,365                 |

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Beroep

Kurkall-wallis toets voor de gegevens van tabel 3 in het verslag met Revalidatie-artsen en wijkverpleegkundige.

Ranks

|                                                                                              | Beroep              | N  | Mean Rank |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----|-----------|
| Geschatte waardering<br>van de beleving van de<br>efficiëntie van het triage<br>proces door: | Psycholoog          | 6  | 24,42     |
|                                                                                              | Fysiotherapeut      | 14 | 47,61     |
|                                                                                              | Logopedist          | 22 | 39,64     |
|                                                                                              | Ergotherapeut       | 10 | 28,90     |
|                                                                                              | CVA-verpleegkundige | 10 | 47,65     |
|                                                                                              | Specialist          | 8  | 39,44     |
|                                                                                              | Ouderengeneeskunde  |    |           |
|                                                                                              | Neuroloog           | 7  | 42,50     |
|                                                                                              | Revalidatiearts     | 2  | 61,50     |
|                                                                                              | Wijkverpleegkundige | 1  | 53,50     |
|                                                                                              | Total               | 80 |           |

Test Statistics<sup>a,b</sup>

|             |                         |
|-------------|-------------------------|
|             | Patiënt en mantelzorger |
| Chi-Square  | 10,090                  |
| df          | 8                       |
| Asymp. Sig. | ,259                    |

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Beroep

Kruskal-wallis toets voor de gegevens van tabel 3 in het verslag zonder Revalidatie-artsen en wijkverpleegkundige.

Ranks

|                                                                            | Beroep              | N  | Mean Rank |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------|----|-----------|
| Geschatte waardering van beleving van de efficiëntie van het triageproces: | Psycholoog          | 6  | 24,25     |
|                                                                            | Fysiotherapeut      | 14 | 46,68     |
|                                                                            | Logopedist          | 22 | 38,70     |
|                                                                            | Ergotherapeut       | 10 | 28,55     |
|                                                                            | CVA-verpleegkundige | 10 | 46,55     |
|                                                                            | Specialist          | 8  | 38,69     |
|                                                                            | Ouderengeneeskunde  |    |           |
|                                                                            | Neuroloog           | 7  | 41,71     |
|                                                                            | Total               | 77 |           |

Test Statistics<sup>a,b</sup>

|             |                         |
|-------------|-------------------------|
|             | Patiënt en mantelzorger |
| Chi-Square  | 8,012                   |
| df          | 6                       |
| Asymp. Sig. | ,237                    |

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Beroep

Kurkall-wallis toets voor de gegevens van tabel 4 in het verslag.

Ranks

|                  | Fase werkzaam    | N  | Mean Rank |
|------------------|------------------|----|-----------|
| Zorgprofessional | Acute fase       | 24 | 47,27     |
|                  | Revalidatie fase | 44 | 37,75     |
|                  | Chronische fase  | 12 | 37,04     |
|                  | Total            | 80 |           |

Test Statistics<sup>a,b</sup>

|             |                      |
|-------------|----------------------|
|             | Zorgprofession<br>al |
| Chi-Square  | 3,151                |
| df          | 2                    |
| Asymp. Sig. | ,207                 |

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Fase  
werkzaam

Kurkall-wallis toets voor de gegevens van tabel 5 in het verslag.

Ranks

|                  | Tijd werkzaam    | N  | Mean Rank |
|------------------|------------------|----|-----------|
| Zorgprofessional | 0 tot 2 jaar     | 5  | 48,90     |
|                  | 2 tot 5 jaar     | 23 | 42,87     |
|                  | 5 tot 10 jaar    | 16 | 34,72     |
|                  | 10 tot 15 jaar   | 15 | 37,03     |
|                  | Meer dan 15 jaar | 21 | 42,79     |
|                  | Total            | 80 |           |



Test Statistics<sup>a,b</sup>

|             |                      |
|-------------|----------------------|
|             | Zorgprofession<br>al |
| Chi-Square  | 2,611                |
| df          | 4                    |
| Asymp. Sig. | ,625                 |

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Tijd  
werkzaam

## Bijlage 5: Codeboom

### Codeboom: Open coderen

|                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------|
| Beperking: Tijd - 3                                                        |
| Beperkingen: Nog zoekende zijn - 14                                        |
| Beperkingen: Onduidelijkheid - 7                                           |
| Beperkingen: Onjuiste gegevens - 8                                         |
| Betere voorlichting geven - 30                                             |
| Feedback (positief) op MDO (acute fase) en zorg. - 11                      |
| Feedback op de triage (Onvoldoende aandacht voor de patiënt) - 16          |
| Feedback op het proces: Teveel aandacht voor een bepaalde fase (acuut) - 6 |
| Feedback op het triage proces: Zorg op maat aanbieden - 32                 |
| Feedback op triage proces: Te weinig aandacht voor patiënt beleving - 19   |
| Manier van voorbereiden op overstap. - 11                                  |
| Nuance over "verkeerd" doorverwijzen - 10                                  |
| Onbruikbare opmerking - 1                                                  |
| Onbruikbare opmerking - 15                                                 |
| Onbruikbare opmerking - 20                                                 |
| Onbruikbare opmerking - 21                                                 |
| Onbruikbare opmerking - 22                                                 |
| Onbruikbare opmerking - 23                                                 |
| Onbruikbare opmerking - 24                                                 |
| Onbruikbare opmerking - 25                                                 |
| Onbruikbare opmerking - 26                                                 |
| Onbruikbare opmerking - 27                                                 |
| Onbruikbare opmerking - 31                                                 |
| Onbruikbare opmerking - 33                                                 |
| Onbruikbare opmerking - 34                                                 |
| Overleg tussen ketenpartners (Van ziekenhuis naar revalidatietehuis) - 2   |
| Positieve feedback op de triage in de keten - 10                           |
| Praktijk voorbeeld te snelle triage - 17                                   |
| Praktijk voorbeeld van te snelle of verkeerde triage - 5                   |
| Praktijkvoorbeeld van onjuiste triage - 4                                  |
| Praktijkvoorbeeld van verkeerde triage (revalidatiefase) - 8               |
| Protocol - 13                                                              |
| Protocol - 9                                                               |
| Te weinig inzicht Zorgprofessional / onbruikbare opmerking 18              |
| Toelichting op eerdere antwoorden - 28                                     |
| Toelichting op proces: - manier van overleggen - 29                        |
| Uitleg over antwoorden - 16                                                |
| Verantwoording bepaalde keuzes in het proces - 29                          |
| Verbeterpunt in de triage of onduidelijke opmerking? - 12                  |

## Codeboom Axiaal coderen:

### Beperkingen:

- Beperking: Tijd
- Beperkingen: Nog zoekende zijn
- Beperkingen: Onduidelijkheid
- Beperkingen: Onjuiste gegevens

### Overleg tussen ketenpartners

- Van ziekenhuis naar revalidatietehuis
- Toelichting op proces: manier van overleggen

### Praktijkvoorbeelden:

- Praktijk voorbeeld te snelle triage
- Praktijkvoorbeeld van onjuiste triage

### Protocol

- Manier van voorbereiden op overstap

### Reflectie op triage proces

- Positieve feedback op MDO (acute fase) en zor
- Positieve feedback op de triage in de keten
- Onvoldoende aandacht voor de patiënt
- Onvoldoende aandacht voor patiënt beleving
- Teveel aandacht voor een bepaalde fase (acuut)
- Zorg op maat aanbieden

### Suggesties ter verbetering

- Betere voorlichting geven

### Overig

- Nuance over “verkeerd” doorverwijzen
- Toelichting op eerdere antwoorden
- Uitleg over antwoorden
- Verantwoording bepaalde keuzes in het proces