

‘Niet-revalideerbaar’ zijn binnen de GRZ.

Welke factoren beïnvloeden de term ‘niet-revalideerbaar’ zijn binnen de GRZ-Zuyderland?

Een kwalitatief onderzoek

Auteurs

Amber Dumont, 1880233

Robin Keuchen, 1836285

Guido van der Sleen, 2067275

Beoordelaars

Niels Spruit, 1^e beoordelaar

Marijke Kuijs, 2^e beoordelaar

Inleverdatum: 6 juni 2023

©Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Zuyd Hogeschool

Inhoudsopgave

Voorwoord	
Samenvatting.....	
1 Inleiding.....	1
2 Methode	4
2.1 Exploratief onderzoek.....	4
2.2 Populatiebeschrijving.....	4
2.3 Werving- en onderzoeksprocedure	5
2.4 Dataverzameling	6
2.5 Data-analyse	7
2.6 Kwaliteitstechnieken.....	8
3 Resultaten.....	9
3.1 Participanten.....	9
3.2 Vraagstelling 1.....	10
3.3 Vraagstelling 2.....	11
3.3.1 Leerbaarheid	14
3.3.2 Cognitie	14
3.3.3 Sociaal netwerk.....	15
3.3.4 Motivatie.....	15
3.3.5 Fysiek functioneren.....	16
3.3.6 Fysieke omgeving.....	17
3.3.7 Andere uitkomsten	17
4 Discussie en conclusie.....	18
Literatuurlijst	23
Begrippenlijst.....	25
Bijlagen.....	26
Bijlage 1 - Triage-instrument OZL	27
Bijlage 2 - Startdocument Afstudeerscriptie Fysiotherapie 2022-2023.....	30
Bijlage 3 - Informatiebrief	33
Bijlage 4 - Toestemmingsformulier en toestemmingsverklaring.....	35
Bijlage 5 - Brainstormsessie vragenlijst en NGT.....	40
Bijlage 6 - Vragenlijst participanten	41
Bijlage 7 - Handleiding NGT	43
Bijlage 8 - Transcript NGT.....	49

Bijlage 9 - Codeboom vraagstelling 1.....	113
Bijlage 10 - Codeboom vraagstelling 2.....	115

Voorwoord

Voor u ligt de afstudeerscriptie “‘Niet-revalideerbaar’ zijn binnen de GRZ”. Deze scriptie is een onderdeel van de opleiding fysiotherapie van Zuyd Hogeschool te Heerlen, waarbij de vormeisen en de zevende editie APA-richtlijn in acht zijn genomen. Wij hebben met zijn drieën vanaf februari tot en met juni 2023 gewerkt aan de scriptie.

Amber heeft stagegelopen op de afdeling geriatrische revalidatie zorg (GRZ) bij Zuyderland Medisch Centrum te Sittard-Geleen. Tijdens deze stage heeft zij haar passie voor de GRZ ontdekt. Hier ontstond ook de interesse om de scriptie binnen de GRZ te voltooien. Uiteindelijk heeft zij gekozen om het GRZ-praktijkprobleem aan te dragen in de scriptiegroep. In de periode van het aandragen van eigen onderwerpen toonden Robin en Guido belangstelling in het aangedragen onderwerp van de GRZ-Zuyderland. Deze belangstelling ontstond bij Guido, omdat hij ook eerder een stage bij Zuyderland Medisch Centrum gelopen heeft op de Poli Revalidatie Behandeling (PRB). Robin had daarentegen nog geen ervaring binnen de GRZ, maar dacht hier wel veel van te kunnen leren. Doordat wij verschillende ervaringen hadden met de GRZ, hebben wij veel van elkaar kunnen leren tijdens de scriptie waarbij de samenwerking werd bevorderd.

Als eerste willen wij onze contactpersoon en opdrachtgever, Kayl Pijpers, bedanken voor zijn inzet, ondersteuning, begeleiding en de mogelijkheden die hij ons heeft gegeven. Ten tweede willen wij Niels Spruit, onze begeleider vanuit school, bedanken voor de vele feedbackmomenten. Ten derde willen wij alle participanten bedanken voor hun deelname en goede inzet bij de vragenlijst en tijdens de nominale groepstechniek (NGT). Tot slot willen wij familie en vrienden bedanken die ons hebben gesteund tijdens het onderzoek en schrijfproces van de scriptie.

Wij wensen u veel leesplezier toe.

Amber Dumont, Robin Keuchen en Guido van der Sleen

Heerlen, 6 juni 2023

Samenvatting

Inleiding - Binnen de GRZ-Zuyderland te Sittard-Geleen zijn er patiënten die bij een opname op de GRZ het revalidatietraject niet succesvol afronden. De medisch specialisten en paramedici van de afdeling gebruiken de term 'niet-revalideerbaar' voor deze patiënten. Het doel van het onderzoek is de term 'niet-revalideerbaar' zijn te definiëren door de factoren te bepalen die de term vormgeven. De onderzoeksvraag luidt als volgt: "Op basis van welke factoren baseren medisch specialisten en paramedici van de GRZ-Zuyderland of iemand 'niet-revalideerbaar' is binnen de GRZ?"

Methode - Om een aanbeveling te vormen op welke factoren 'niet-revalideerbaar' was gebaseerd, werd een cross-sectioneel onderzoek uitgevoerd. De werving van participanten vond plaats middels convenience sampling. Van de drie afdelingen werd gevraagd of van iedere afdeling een medisch specialist, ergotherapeut en fysiotherapeut kon deelnemen. Middels een NGT werden twee vraagstellingen voorgelegd aan de participanten van de GRZ-Zuyderland. De zes gevolgde stappen waren introductie, individuele reflectie, delen van ideeën, discussie, rangschikken en stemmen en conclusie. De NGT werd gecodeerd en thematisch geanalyseerd.

Resultaten – Zeven participanten namen deel aan de NGT: één medisch specialist, drie ergotherapeuten en drie fysiotherapeuten. De participanten bereikten consensus over de twee vraagstellingen. Uit vraagstelling één kwam naar voren dat 'niet-revalideerbaar' alleen gebruikt kon worden bij het GRZ-doel dat 100% van de patiënten terugkeert naar huis. 'Niet-revalideerbaar' betekende dat geen revalidatiedoelen geformuleerd konden worden en afhankelijk was van factoren die vooruitgang in de weg stonden. Deze factoren kwamen voort uit vraagstelling twee, genoemd in volgorde van prioritering: leerbaarheid, cognitie, sociaal netwerk, motivatie, fysieke omgeving en fysiek functioneren.

Discussie en conclusie - 'Niet-revalideerbaar' zijn op de GRZ-Zuyderland betekende dat een patiënt niet veilig kan terugkeren naar huis en dat geen revalidatiedoelen kunnen worden geformuleerd. Dit werd omschreven aan de hand van de factoren leerbaarheid, cognitie, sociaal netwerk, motivatie, fysieke omgeving en fysiek functioneren.

1 Inleiding

De World Health Organization (2022) geeft aan dat het percentage ouderen (zestigplussers) in de wereldbevolking zal toenemen van 12% in 2015 naar 22% in 2050. Ander onderzoek verwacht dat tussen nu en 2040 het aantal ouderen in de revalidatie met ongeveer een derde gaat toenemen (Nowossadeck, 2019). Het toenemende aantal patiënten geeft een toename van zorg, meer zorg betekent meer zorgkosten.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2022) geeft aan dat de samenleving binnen Nederland een goede, toegankelijke en betaalbare zorg belangrijk vindt. De zorg staat echter onder druk en dreigt vast te lopen, indien er niks gebeurt. De toegankelijkheid staat onder druk door de stijgende zorgvraag. Dit komt doordat technisch gezien steeds meer mogelijk is in de zorg. We leven langer en er zijn steeds meer ouderen ten opzichte van het aantal werkenden. Ook zijn er steeds meer chronische aandoeningen en mensen met meerdere aandoeningen. Verder is er nu al een tekort aan mensen in de zorg. De kwaliteit van de zorg in Nederland is hoog, maar niet alle geleverde zorg is aantoonbaar effectief. De betaalbaarheid van de zorg heeft een schrikbarend vooruitzicht met een verdrievoudiging van zorgkosten tussen nu en 2060. Dit samen brengt druk op de zorg teweeg. Eén daaruit volgende opgave die besproken wordt in het zorgakkoord is: 'Optimaal inzetten van de beschikbare capaciteit die we hebben, zonder verspilling van tijd, energie en geld.' Om dit te bereiken heeft het zorgakkoord het over toekomstige verandering. Een van die besproken veranderingen luidt als volgt: 'Passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek.' Eén onderdeel van passende zorg is de revalidatiezorg binnen de geriatrie.

In 2019 kregen 53 duizend mensen geriatrische revalidatiezorg binnen Nederland verdeeld over ruim 140 instellingen. Gemiddeld verbleven deze patiënten 43 dagen in een instelling. De kosten per patiënt lagen gemiddeld op veertienduizend euro (Vektis, 2021). Een van deze instellingen bevindt zich in het Zuyderland Medisch Centrum, locatie Sittard-Geleen. De GRZ is een revalidatiecentrum gelegen in het ziekenhuis. De GRZ heeft drie afdelingen (West26, West36 en West46) met ieder een capaciteit voor dertig patiënten (Zuyderland, z.d.). Op de GRZ worden ouderen opgenomen die blijvende gevolgen ondervinden van een ziekte, aangeboren afwijking of ongeval. Een opname vindt vooral plaats na een ziekenhuisopname (Zorginstituut Nederland, z.d.).

Middels triage wordt in het ziekenhuis bepaald of een patiënt in aanmerking komt voor de GRZ. Hiervoor wordt het triage-instrument geriatrische revalidatiezorg van Verenso gebruikt, waarbij vier stappen worden doorlopen om te bepalen of een patiënt in

aanmerking komt voor medische specialistische revalidatiezorg of de geriatrische revalidatiezorg (Verenso, 2013). Dit instrument is vertaald naar een stroomdiagram door de regio Oostelijk Zuid Limburg (OZL) genaamd triage-instrument OZL. Deze stroomdiagram is verkregen via de opdrachtgever van dit onderzoek en is in bijlage 1 bijgevoegd (K. Pijpers, persoonlijke communicatie, 23 februari 2023). Het stroomdiagram wordt doorlopen op het moment dat er een patiënt is met een vraag naar geriatrische revalidatie- en/of herstellzorg. Als een patiënt in aanmerking komt voor de GRZ, is de opnameduur maximaal zes maanden (Zorginstituut Nederland, z.d.). Binnen de GRZ-Zuyderland verschilt dit per patiënt van twee weken tot drie maanden (Zuyderland, z.d.).

Er zijn patiënten die in dit tijdsbestek de revalidatie niet succesvol voltooien. De medisch specialist gebruikte de term 'niet-revalideerbaar' om deze patiënten te benoemen. Deze patiënten krijgen dan een zorgprofiel verzorging en verpleging (VV) toegewezen. Zorgprofiel stond voorheen bekend als zorgzwaartepakket (ZZP). Het precieze percentage van de GRZ-Zuyderland moet nog bekeken worden. Als de patiënt op de GRZ 'niet-revalideerbaar' is gebleken, moet via Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) de Wet langdurige zorg (Wlz) worden aangevraagd met een zorgprofiel VV 4, 5, 6 of 9b. De genoemde zorgprofielen zijn het meest relevant voor de GRZ-Zuyderland. VV 4 wordt omschreven als beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging, VV 5 als beschermd wonen met intensieve dementiezorg, VV 6 als beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging en VV 9b als herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.d.). De GRZ mag deze indicaties niet aanvragen voor de patiënt. De aanvraag via het CIZ voor een Wlz indicatie neemt vaak veel tijd in beslag. Het afhandelen van een aanvraag kan tot zes weken duren (CIZ, z.d.). Dit zorgt ervoor dat 'niet-revalideerbare' patiënten op de afdeling zogenaamde "wachters" worden. Wachters zijn patiënten die alleen verzorging krijgen. De wachters ontvangen geen therapie, omdat zij geen actieve hulpvraag hebben.

De term 'niet-revalideerbaar' wordt op de GRZ-Zuyderland gebruikt. Het probleem is dat het onduidelijk is wat de term 'niet-revalideerbaar' betekent en welke factoren hierbij een rol spelen. De medisch specialisten en paramedici hebben hier nog niet over gesproken. Bovendien is het onduidelijk of de verschillende afdelingen, de medisch specialisten en de paramedici hierover consensus kunnen bereiken. De definitie van de term 'niet-revalideerbaar' is relevant voor de paramedici in de besluitvorming en het advies naar de medisch specialist. De definitie kan gebruikt worden voor de uitbreiding van kennis van bestaande en toekomstige collega's. Daarbij zou de definitie van invloed kunnen zijn op het zorgtraject van de patiënt en het leveren van de 'juiste zorg op de juiste plek'. De

bepaling van de definitie 'niet-revalideerbaar' zou van invloed kunnen zijn op de werkzaamheden van de geriatriefysiotherapeut. Het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) beschrijft in het competentieprofiel dat de geriatriefysiotherapeut de vaardigheden heeft om besluiten te nemen over inzet van middelen en medewerkers, het stellen van doelen en prioriteiten en het maken van beleid (Hobbelen et al., 2015). Deze competenties en de multidisciplinaire definitie kunnen een uitbreiding van verantwoordelijkheden geven in de bepaling over de 'juiste zorg op de juiste plek'. Als toevoeging kan een fysiotherapeut het zelfmanagement van patiënten verbeteren met behulp van familie. Het betrekken van familie kan de kans op ontslag van patiënten doen vergroten (Hirano et al., 2012; Tijsen et al., 2019).

Het doel van het onderzoek is de term 'niet-revalideerbaar' te definiëren door de factoren te bepalen die de term vormgeven en hierover consensus te bereiken. De onderzoeksvraag luidt als volgt: "Op basis van welke factoren baseren medisch specialisten en paramedici van de GRZ-Zuyderland of iemand 'niet-revalideerbaar' is binnen de GRZ."

2 Methode

Om de vraagstelling te beantwoorden werd een kwalitatief cross-sectioneel beschrijvend onderzoek uitgevoerd (Baarda et al., 2021). Het was een niet METC behoevend onderzoek. De onderzoeksdata (ruwe data, informed consent en sleutelbestand) en het onderzoek zelf wordt voor tien jaar beveiligd opgeslagen op Zuyd Hogeschool, te Heerlen.

2.1 Exploratief onderzoek

Na ontvangst van het praktijkprobleem werd er een vooronderzoek gedaan om het onderwerp te verkennen. Hierbij hadden de studentonderzoekers gebruik gemaakt van het startdocument afstudeerscriptie fysiotherapie 2022-2023 (Zuyd Hogeschool, persoonlijke communicatie, 6 februari 2023)(bijlage 2), de webpagina van GRZ-Zuyderland, literatuur met vrijezoektermen en MESH termen (geriatrische revalidatie zorg, GRZ, revalidatie, ouderen, ouderdomsziekte, vergrijzing, multidisciplinair, economie), triage-instrument geriatrische revalidatiezorg van Verenso (2013) en triage-instrument OZL die verkregen is via de opdrachtgever (K. Pijpers, persoonlijke communicatie, 23 februari 2023)(bijlage 1). Hierbij werd de kennis rondom het onderwerp vergroot en werden eventueel aan bod komende thema's bekend. Dit vergemakkelijkte het proces tijdens het onderzoek, doordat de studentonderzoekers bekend waren met de terminologie en een basiskennis hadden over het proces van de huidige zorg. Daarnaast zorgde de basiskennis ook dat de discussie tijdens de NGT makkelijker te volgen was en een verdiepingsslag gemaakt kon worden.

2.2 Populatiebeschrijving

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden werd de doelgroep medisch specialisten en paramedici van de GRZ-Zuyderland gekozen. Onder de medisch specialisten vielen in dit onderzoek de internist-ouderengeneeskunde en de verpleegkundig specialist. Voor de paramedici werden de fysio- en ergotherapeuten geïnccludeerd. De medisch specialisten werden gekozen, omdat zij bepaalden of een patiënt 'niet-revalideerbaar' is, waarbij zij de adviezen van fysio- en ergotherapeuten in de beslissing meenemen. De fysio- en ergotherapeuten waren de eerste betrokkenen na aanmelding van alle patiënten. De verpleegkundigen van de GRZ-Zuyderland zijn niet in dit onderzoek betrokken, omdat zij geen interventies uitvoeren omtrent de revalidatiedoelen. Daarnaast werden de overige

disciplines die werkzaam zijn op de GRZ-Zuyderland (logopedie, maatschappelijk werk, activiteitentherapie en psychologie) niet betrokken, omdat zij casus specifiek werken.

2.3 Werving- en onderzoeksprocedure

De werving van medisch specialisten en paramedici van de GRZ-Zuyderland vond plaats middels convenience sampling, omdat het onderzoek op één specifieke locatie binnen één specifieke populatie plaatsvond. Bij de werving werd een informatiebrief verstuurd, zie bijlage 3. Hierin werd het doel van het onderzoek kort toegelicht, werden de verwachtingen van de studentonderzoekers voor de participanten uitgelegd en werd een datum en tijd voor de NGT voorgesteld. Om inzicht te krijgen in de populatiekenmerken van de participanten werden geslacht, leeftijd, afdeling en werkervaring gevraagd. De participanten reageerden middels de opgestelde populatiekenmerken, beschikbaarheid en eventuele suggesties. De correspondentie vond plaats via de contactpersoon om de anonimiteit van de e-mailadressen van de participanten te waarborgen en de mogelijkheid op data lek te minimaliseren. Door Vlaams Instituut Gezond Leven (2020) werden circa zeven deelnemers aanbevolen om te laten deelnemen aan de NGT. Het gewenste aantal van zeven participanten werd uitgebreid naar negen. Gezien het doel was om per afdeling één medisch specialist, één fysiotherapeut en één ergotherapeut te includeren. Hiervoor werd gekozen, aangezien de afdelingen verschillende diagnosegroepen behandelen, zodat een compleet beeld over 'niet-revalideerbaar' gevormd kon worden.

Afhankelijk van het aantal aangemelde participanten werd de NGT gevuld tot een maximum van negen. Bij overschot van participanten werd een reservelijst gemaakt. Met de geïncludeerde participanten werd een datum, tijdstip en locatie afgesproken. Vervolgens kregen de participanten per mail een toestemmingsformulier en toestemmingsverklaring toegestuurd met aanvullende informatie (zie bijlage 4).

Binnen dit onderzoek vond één NGT plaats vanwege de haalbaarheid. Voor de NGT werden twee vraagstellingen opgesteld. De vraagstellingen waren tot stand gekomen door een brainstormsessie onder de drie studentonderzoekers. Uit de brainstormsessie kwamen zes vragen voort, zie bijlage 5. Uit de opgestelde vragen werden twee definitieve vragen gevormd en aangepast aan het taalgebruik van de doelgroep. Hierbij werd het doel van het onderzoek als voornaamste reden meegenomen in de beslissingen. Dit vormde de vragenlijst, zie bijlage 6. Om antwoord te krijgen op de twee vraagstellingen werden zes stappen: introductie, individuele reflectie, delen van ideeën, discussie, rangschikken en stemmen en conclusie doorlopen tijdens de twee uur durende NGT (Vlaams Instituut

Gezond Leven, 2020). In een gemaakte handleiding zijn alle stappen verder gespecificeerd met een gegeven tijdsbestek, zie bijlage 7. Volgens McMillan et al. (2016) konden er aanpassingen worden gedaan binnen het proces van de NGT. Hierbij werd een voorbeeld genoemd waarbij er explorerende vragenlijsten werden gebruikt in plaats van de individuele reflectie (Vella et al., 2000). Binnen dit onderzoek is er daarom één aanpassing gedaan ten opzichte van de handleiding van Vlaams Instituut Gezond Leven. In de originele situatie vond de individuele reflectie tijdens de NGT plaats, maar tijdens dit onderzoek werd deze vooraf uitgevoerd middels een vragenlijst. Dit werd gedaan vanwege tijdsdruk, maar ook zodat de gespreksleider de NGT goed kon voorbereiden. Volgens Wollersheim et al. (2020) werkte een goede voorbereiding in het voordeel.

Er waren tijdens de bijeenkomst drie studentonderzoekers aanwezig. Eén studentonderzoeker had de rol van gespreksleider, één de ondersteunende rol (timemanagement, signaleren van input en agendapunten controleren) en één de notulerende rol. De NGT is opgenomen middels twee audiorecorders op mobiele telefoons met de app dictafoon. Er werden meerdere apparaten gebruikt om eventueel technische problemen te overbruggen. Na verwerking van de audio opname, werden deze opnames gewist. De woordelijke transcriptie van de opname staat in bijlage 8. Bij deelname van negen participanten kon onduidelijkheid ontstaan wie aan het woord was. Om dit te voorkomen kregen de participanten een nummer toegewezen. Voor aanvang moesten de participanten het nummer, de discipline en de afdeling uitspreken zodat er gewerkt kon worden met stemherkenning.

2.4 Dataverzameling

De dataverzameling werd met behulp van een NGT gedaan. De dataverzameling gebeurde op twee momenten: tijdens de individuele reflectiefase met behulp van een vragenlijst, gedurende de discussie en het rangschikken en stemmen. Tijdens deze momenten stonden de volgende twee vraagstellingen centraal:

- Wat houdt naar uw mening de term 'niet-revalideerbaar' zijn in binnen de GRZ-Zuyderland?
- Welke specifieke factoren en/of kenmerken bepalen naar jouw mening of iemand 'niet-revalideerbaar' is binnen de GRZ-Zuyderland?

Om het onderzoek specifiek te houden, bestond er géén mogelijkheid tot het aanpassen van de vraagstellingen gedurende het onderzoek. Deze open vraagstellingen zijn gekozen

om een zo breed mogelijk beeld te krijgen van alle factoren (Vlaams Instituut Gezond Leven, 2020).

2.5 Data-analyse

De data-analyse werd uitgevoerd middels een gecombineerde thematisch inductieve en deductieve analyse. Dit gebeurde om de gegevens nauwkeurig te analyseren en gemeenschappelijke of overkoepelende thema's uit de data te halen. Voor de analyse volgden de studentonderzoekers het stappenplan van Verhoeven (2020). Dit stappenplan bevat zes fasen: verkennen, coderen, thematiseren, reviseren en verfijnen, vaststellen en structureren en presenteren. De verkregen antwoorden van de vragenlijsten, de gemaakte notities tijdens de NGT en de transcriptie van de NGT werden gebruikt voor de verkenningsfase. De transcriptie van de NGT was tot stand gekomen door de audio-opnames via Word te transcriberen. Er werd gebruik gemaakt van woordelijke transcriptie. Dit omdat opgenomen aarzelingen en stopwoordjes niet relevant waren voor de onderzoeksvraag en alleen maar zorgden dat het lastiger te lezen was. Bij de transcriptie werden de participanten genoteerd met de discipline en nummer, bijvoorbeeld medisch specialist 1. De studentonderzoekers werden genoteerd met de rol. Dit werd gedaan om inzicht te krijgen welke discipline en studentonderzoeker wat had gezegd. Tijdens de verkenningsfase werd een goed overzicht verkregen van alle gegevens. In dit overzicht werden relevante secties van de tekst gemarkeerd. Aan deze relevante secties werden codes toegekend die de inhoud beschrijven. Deze codes werden gevormd door de verkregen data van de vragenlijsten. De codes werden daarna aangevuld met de notities gemaakt tijdens de NGT en als laatste met de transcriptie van de NGT. De codes kregen vervolgens thema's. De thema's werden later nog een keer bekeken, waarbij het reviseren en verfijnen plaatsvond. Hieruit kwam een definitieve lijst met thema's. Voor alle thema's werden definities geformuleerd. Deze definities werden gepresenteerd in een geschreven aanbeveling waarin de factoren rondom de term 'niet-revalideerbaar' centraal stonden. In deze aanbeveling werden mogelijke ideeën gegeven welke op korte en/of lange termijn voor verbetering konden zorgen. De aanbeveling werd onderbouwd door de factoren en hield rekening met het beoogde resultaat, termijn en specifieke regels. Deze aanbeveling werd gedeeld met de contactpersoon op de GRZ-Zuyderland, de contactpersoon deelde vervolgens de aanbeveling met de GRZ-Zuyderland.

2.6 Kwaliteitstechnieken

Om het onderzoek betrouwbaar te maken werden verschillende kwaliteitstechnieken gebruikt. Deze kwaliteitstechnieken waren van belang om de kwaliteit van het kwalitatief onderzoek te waarborgen. De 'credibility' werd gegarandeerd middels 'prolonged engagement' en 'triangulation'. 'Prolonged engagement' kwam tot stand door de begeleiding van de participanten. De begeleiding bestond uit een informatiebrief, toestemmingsformulier, vragenlijst en de mogelijkheid tot correspondentie bij vragen. Gedurende de NGT werd de begeleiding uitgebreid middels de introductie. Er werd een vertrouwensband gecreëerd tussen participanten en studentonderzoekers door de open communicatie en het verworven inzicht van de participanten dat zij de uitkomst van het onderzoek bepaalden. Verder werd gebruik gemaakt van 'triangulation' ter onderbouwing. Datatriangulation werd bereikt door het gebruik van diverse databanken (pubmed, embase, EBSCO) en geschreven naslagwerken om tegenspraak te voorkomen. De drie studentonderzoekers voerden in overleg de data-analyses uit in het kader van onderzoek-triangulatie om bias te voorkomen. Onderzoekersbias werd uitgesloten door het gebruik van 'member check'. Om interviewbias te voorkomen werd de meest onafhankelijke studentonderzoeker geselecteerd. De studentonderzoeker die stage heeft gelopen op de GRZ-Zuyderland werd geëxcludeerd. Als laatste is theoretische triangulatie tot stand gekomen door de NGT. Medisch specialisten en paramedici van verschillende afdelingen deelden de individuele perspectieven met elkaar en bediscussieerden de factoren om al dan niet consensus te bereiken. De 'transferability' zorgde ervoor dat de resultaten op andere situaties toegepast konden worden. De 'thick description' bood hierbij hulp om het proces zo inzichtelijk mogelijk te maken door beschrijving van de context.

3 Resultaten

De resultaten zijn gebaseerd op het transcript van de NGT in bijlage 8. Ter onderbouwing van de resultaten werden citaten van de experts toegevoegd. Om de leesbaarheid te vergroten werd besloten om te schrijven vanuit de gevonden thema's en prioritering.

3.1 Participanten

Na de eerste informatiebrief hadden acht participanten zich aangemeld. Aan de NGT hadden zeven participanten deelgenomen. Eén participant was verhinderd van deelname door persoonlijke omstandigheden. Van de participant die niet heeft deelgenomen, waren de vooraf verkregen antwoorden op de vraagstellingen verwerkt in de NGT. Zeven van de acht participanten hadden voor aanvang van de NGT de toestemmingsverklaring en vragenlijst ingevuld. De laatste participant had het toestemmingsformulier ondertekend op locatie. De leeftijd van de participanten lag tussen de 27 en 62 jaar, waarbij de verdeling van geslacht 50% mannelijk en 50% vrouwelijk was. Tijdens de NGT waren één medisch specialist, drie fysiotherapeuten en drie ergotherapeuten aanwezig. In tabel 1 is de werkervaring en afdeling van iedere participant toegevoegd.

Tabel 1 - Participant met werkervaring en afdeling

Participant	Werkervaring	Afdeling
Medisch specialist 1	10 maanden op de GRZ-Zuyderland	West26
Medisch specialist 2	2 jaar op de GRZ-Zuyderland. 39 jaar werkzaam als verpleegkundige waarvan 18 jaar als verpleegkundig specialist. Binnen deze 39 jaar, 22 jaar gewerkt bij de geriatrische val poli.	West36
Fysiotherapeut 1	1,5 jaar op de GRZ-Zuyderland	West26
Fysiotherapeut 2	11 jaar op de GRZ-Zuyderland	West36
Fysiotherapeut 3	13 jaar op de GRZ-Zuyderland, 1 jaar in het ziekenhuis, 11 jaar eerstelijnspraktijk, 2 jaar geriatrie eerstelijnspraktijk en 15 jaar verpleegkliniek	West46
Ergotherapeut 1	16 jaar op de GRZ-Zuyderland en 9 jaar op de PG, somatisch verpleeghuis en eerstelijns praktijk	West26

Ergotherapeut 2	1 jaar bij de GRZ-Zuyderland en 3 jaar somatiek/PG als zorghulp	West36
Ergotherapeut 3	3,5 jaar binnen de GRZ-Zuyderland en 4 maanden buiten de GRZ	West26

3.2 Vraagstelling 1

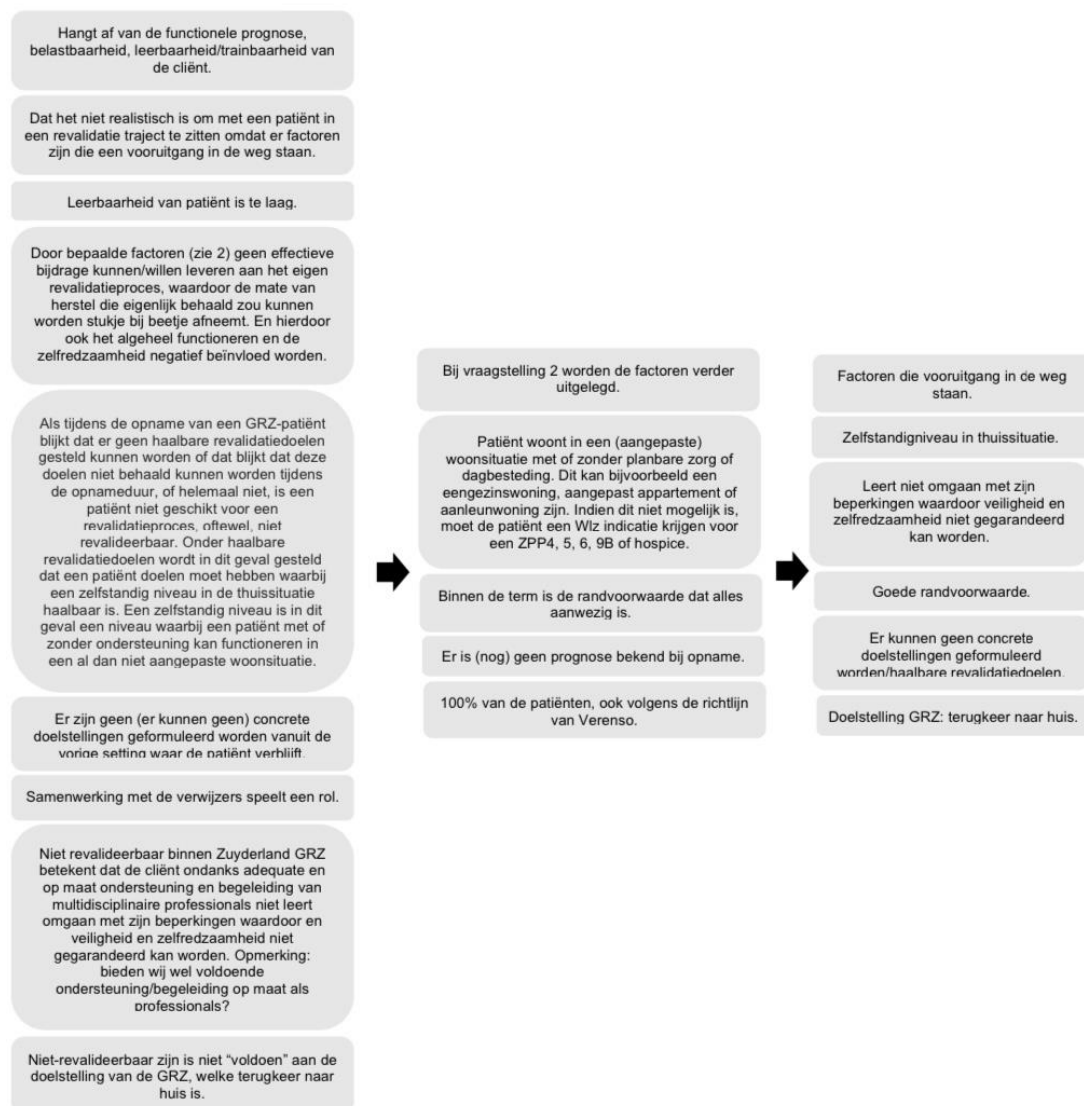
De vraag: “Wat houdt naar uw mening de term ‘niet-revalideerbaar’ zijn in binnen de GRZ-Zuyderland?” werd voor aanvang van de NGT schriftelijk beantwoord. De antwoorden waren ongewijzigd verzameld op een dia (zie bijlage 7) en samen met de vraagstelling gepresenteerd gedurende de NGT. Met behulp van de dia werd de discussie gestart, waarbij de volgende punten over de term ‘niet-revalideerbaar’ werden vastgesteld: De term kon alleen worden gebruikt als de doelstelling was dat 100% van de patiënten teruggingen naar huis. Hierbij moest de patiënt een zelfstandig niveau hebben in de thuissituatie. Medisch specialist 1 gaf hierop de volgende toevoeging:

“Ja, thuiszorg en dagbesteding enzovoort dat mag allemaal, want je slaapt onder je eigen dak en daar gaat het om.”

Verder kon ‘niet-revalideerbaar’ zijn het volgende betekenen: Er kunnen geen concrete doelstellingen en/of revalidatiedoelen geformuleerd worden, de patiënt leert niet om te gaan met zijn/haar beperkingen, waardoor veiligheid en zelfredzaamheid niet gegarandeerd kan worden en dat ‘niet-revalideerbaar’ zijn afhankelijk is van factoren die vooruitgang in de weg staan. De verdieping van de factoren vond plaats middels vraagstelling 2. Tevens werd aangehaald door fysiotherapeut 1 en 3 dat revalidatie alleen mogelijk was met de volgende randvoorwaarde:

Fysiotherapeut 3 zei: “...Behalve daar in het midden, de opmerking bieden wij wel de voldoende ondersteuning als professionals...”. Fysiotherapeut 1 reageerde met: “Is een patiënt revalideerbaar en dan is de randvoorwaarde denk ik dat wat de patiënt nodig heeft aanwezig is.” Fysiotherapeut 3 zei hierop: “Dat zegt inderdaad niks over ‘niet-revalideerbaarheid’. Dat zegt eerder iets over voorwaardes of randvoorwaarden, of iets over een goede revalidatie setting.”

Om vraagstelling 1 overzichtelijk te maken werd een codeboom gemaakt. Deze codeboom (figuur 1) is gemaakt vanuit het bijgevoegde transcript (bijlage 8). De codeboom is in bijlage 9 uitvergroot om de leesbaarheid te vergroten.



Figuur 1 - Codeboom vraagstelling 1

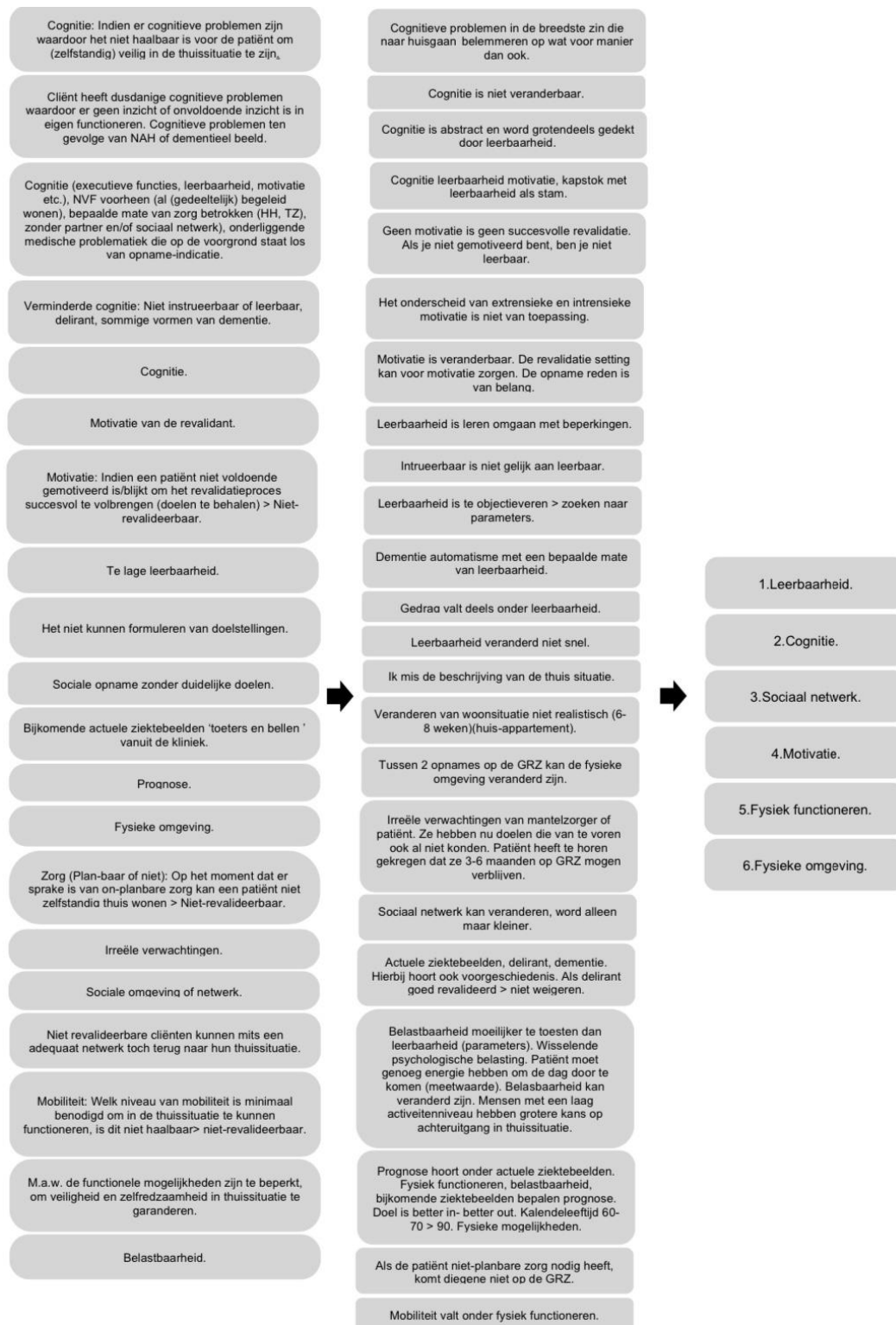
3.3 Vraagstelling 2

Middels vraagstelling 2: “Welke specifieke factoren en/of kenmerken bepalen naar jouw mening of iemand ‘niet-revalideerbaar’ is binnen de GRZ-Zuyderland?” werden schriftelijke antwoorden verkregen. Deze antwoorden werden samen met de vraag op een dia getoond tijdens de NGT, zie bijlage 7. Door middel van discussie werden de antwoorden gebundeld tot zes hoofdfactoren die de term ‘niet-revalideerbaar’ definiëren op het moment voor ontslag van de patiënt. Na de discussie werden de factoren individueel geprioriteerd, zie tabel 2.

Tabel 2 - Individuele prioritering van factoren

	Cognitie	Leerbaar heid	Motivatie	Fysieke omgeving	Sociaal netwerk	Fysiek functioneren
Medisch specialist 1	2	1	3	5	4	6
Fysio- therapeut 1	2	1	4	6	5	3
Fysio- therapeut 2	2	1	3	6	5	4
Fysio- therapeut 3	4	1	3	2	5	6
Ergo- therapeut 1	2	1	6	5	4	3
Ergo- therapeut 2	2	1	6	4	5	3
Ergo- therapeut 3	2	1	5	6	4	3

Voor aanvang van de NGT werd bepaald door de participanten dat er sprake was van consensus bij 75% overeenstemming. In tabel 2 is te zien dat dit niet het geval was aan de hand van individuele prioritering. Bij bespreking van de onderbouwing van de individuele prioritering ontstond een nieuwe discussie. Binnen deze discussie werd uiteindelijk een 100% consensus bereikt. De zes factoren waren in volgorde van prioritering beginnend bij één: 'Leerbaarheid, cognitie, sociaal netwerk, motivatie, fysieke functioneren en fysiek omgeving'. De medisch specialist en de paramedici beschreven een patiënt met 'niet-revalideerbaar' als de patiënt niet leerbaar was en/of een combinatie had van de andere vijf factoren. De factoren zijn nog verder uitgewerkt in sub-paragraaf 3.3.1 tot en met 3.3.6. Er werd een codeboom vanuit het transcript (bijlage 8) gemaakt om vraagstelling 2 overzichtelijk te maken. Zie figuur 2 voor de codeboom. De codeboom is in bijlage 10 uitvergroot om de leesbaarheid te vergroten.



Figuur 2 - Codeboom vraagstelling 2

3.3.1 Leerbaarheid

De eerste consensus werd bereikt over het begrip leerbaarheid. Het werd duidelijk dat leerbaarheid niet variabel was en dat instrueerbaarheid niet gelijk stond aan leerbaarheid.

Fysiotherapeut 3 zei hierover: "Instrueerbaarheid zegt niet alles over leerbaarheid." "Want mensen die niet leerbaar zijn, zijn misschien wel instrueerbaar."

Hierbij gaf hij het voorbeeld dat patiënten met een dementieel beeld te trainen zijn door met automatisme te werken. Verder legde medisch specialist 1 uit dat leerbaarheid te objectiveren is, echter dat de parameters beschreven moeten worden. Leerbaarheid hield in dat een patiënt moet kunnen leren omgaan met beperkingen. Fysiotherapeut 1 haalde aan dat als je leerbaarheid gaat onderbouwen, cognitie en motivatie een rol spelen.

Medisch specialist 1 reageerde hierop met: "Ik denk alleen als je nu tien verpleegkundigen van de afdeling hier naar dit kamertje roept en je vraagt: "Leg mij uit wat leerbaar is?", dan gaat niemand zeggen dat het met die motivatie te maken heeft. Dus dat is mijn enige twijfel waarom ik leerbaarheid en motivatie wel los zou doen, maar ik denk dat cognitie en leerbaarheid wel onder één noemer vallen."

Uiteindelijk besloten de participanten dat cognitie een grote factor was die apart benoemd diende te worden.

3.3.2 Cognitie

De cognitie speelde een rol bij de term 'niet-revalideerbaar' zijn.

Fysiotherapeut 1 beschreef cognitie als volgt: "Op het moment dat er cognitieve problemen zijn die het naar huis gaan (huis in de breedste zin aangepast of aanleunwoning) belemmeren op wat van manier dan ook."

Verder kon de cognitie volgens alle participanten niet veranderen in positieve zin. Na de discussie waren er nog twee onduidelijkheden over deze factor waar geen consensus over bereikt kon worden.

Eén van de onduidelijkheden benoemde medisch specialist 1 met: "...Ik vind cognitie nog steeds een heel abstract begrip".

De andere onduidelijkheid bleef bestaan over of cognitie een oorzaak was van leerbaarheid of deze juist onderbouwde. Ondanks de onduidelijkheden werd de factor behouden zoals hierboven beschreven staat.

3.3.3 Sociaal netwerk

Het sociale netwerk viel volgens de participanten op plaats drie binnen de prioritering bij het bepalen of iemand 'niet-revalideerbaar' is. Binnen deze factor ging het met name om het vangnet van patiënten. Dit vangnet bepaalde de mate van ondersteuning die een patiënt kon krijgen vanuit een partner of mantelzorger, indien aanwezig. Het sociale netwerk kon veranderen of tenminste variabel zijn, volgens fysiotherapeut 2. Echter stelde medisch specialist 1 of dit nog gaat veranderen na ontslag.

Hij zei: "Of ze maken vriendjes met de verkeerde patiënten waar je dan niks aan hebt als sociaal netwerk."

Verder viel volgens fysiotherapeut 2 nog te bedenken of patiënten revalidatiedoelen hebben, die ze van tevoren ook al niet konden bereiken. Dit viel volgens medisch specialist 1 onder irreële verwachtingen.

Fysiotherapeut 1 zei: "Het kan ook vanuit de patiënt zelf komen". Medisch specialist 1 voegde het volgende toe: "...en de irreële verwachting van de mantelzorger."

Een verklaring zou kunnen zijn dat in het ziekenhuis werd verteld dat patiënten drie tot en met zes maanden op de GRZ mogen verblijven. Dit is een verkeerde inschatting en is volgens ergotherapeut 3 niet zo. Het doel was namelijk om patiënten zo snel mogelijk naar huis te laten gaan. Er werd ook gesproken over de planbare zorg en niet-planbare zorg die een patiënt behoeft in de thuissituatie. Niet-planbare zorg gaf de indicatie om naar een instelling te gaan. De patiënten konden alleen terug naar de thuissituatie tegen medisch advies in. Niet-planbare zorg werd onder de factoren sociaal netwerk en fysiek functioneren geplaatst.

3.3.4 Motivatie

Motivatie maakte een groot deel van een succesvolle revalidatie uit en hoorde daarom bij de belangrijkste factoren.

"...als je niet gemotiveerd bent, ben je ook niet leerbaar." gaf medische specialist 1 als toevoeging.

Bij de NGT kwam naar voren dat motivatie kon veranderen. Echter was de vraag of dit van toepassing was op patiënten die niet wilden revalideren.

Fysiotherapeut 2 zei: "Als er zo iemand al duidelijk zegt: "Nou, van mij hoeft dit niet, ik moest van mijn kinderen, maar voor mij hoeft het niet." Nou, dan niet." Medisch specialist 1 gaf aan dat het geen meerwaarde had om "...aan een dood paard aan het trekken bent, zes tot acht weken lang."

Een uitzondering werd beschreven voor patiënten die een traumatische ervaring hadden meegemaakt. Een CVA of femurfractuur werden aangehaald als voorbeelden waarbij de

pathologie van invloed was op de motivatie gedurende het revalidatietraject. Verder stelde fysiotherapeut 2 voor om motivatie op te delen in intrinsieke en/of extrinsieke motivatie. Fysiotherapeut 1 was van mening dat dit niet bij dit onderwerp van toepassing was. Het draaide alleen om of er motivatie aanwezig was. Daarbij werd vermeld dat de GRZ-setting voor extrinsieke motivatie kon zorgen.

3.3.5 Fysiek functioneren

Met betrekking tot het fysiek functioneren werden binnen de NGT actuele ziektebeelden besproken, zoals delier en dementie. Deze werden beschreven als 'de voorgeschiedenis'. Medisch specialist 1 vertelde dat als een revalidatie goed verliep, het dementieel beeld niet mocht worden meegenomen bij een eventuele volgende opname. Hierbij moest het niveau van functioneren opnieuw bekeken worden. Binnen fysiek functioneren werden ook de sociale opnames meegenomen die geen echte doelen hadden. De belastbaarheid werd tijdens de NGT als een belangrijk onderdeel gezien van het fysiek functioneren.

Medisch specialist 1 gaf aan: "Ik denk dat belastbaarheid moeilijker te toetsen is dan leerbaarheid." Fysiotherapeut 2 zei: "...iemand moet belastbaar genoeg zijn om de dag door te komen." Ergotherapeut 1 en 3 zeiden: "Bij mensen met een laag activiteitsniveau." "Ja bijvoorbeeld ja, die gaan dan dusdanig achteruit weer in een thuissituatie."

Medisch specialist 1 gaf aan dat fysiek functioneren, belastbaarheid en bijkomende ziektebeelden de prognose bepalen. Fysiotherapeut 2 sprak hierbij over het 'Better in, Better out' principe. Een toevoeging vanuit ergotherapeut 1 was dat ze allemaal verschillende fysieke mogelijkheden hadden afhankelijk van de pathologie, bijvoorbeeld cardiale problemen of COPD. Binnen de discussie kwam de vraag naar boven of de kalenderleeftijd ook meegenomen moest worden. Fysiotherapeut 3 gaf aan dat bij patiënten van 60/70 jaar oud de kans op heropnames groter was dan bij patiënten van 90 jaar oud. Uiteindelijk werd besloten de kalenderleeftijd niet mee te nemen. Als laatste werd de mobiliteit besproken en wat voor invloed die had op de term 'niet-revalideerbaar' zijn. Hierbij kwam naar voren dat een patiënt een minimaal niveau moet kunnen bereiken om zelfstandig te kunnen functioneren.

3.3.6 Fysieke omgeving

Tijdens de NGT werd veel gesproken over het naar huis gaan en de woonomgeving. Volgens de participanten was deze factor niet goed beschreven.

Medisch specialist 1 beschreef de volgende situatie van een patiënt: “Ik mis een beetje het huis op zich, want wij hadden laatst op West26 iemand die in zijn huis zes trapjes had op en af door het hele huis. Dus als je die naar huis zou willen laten gaan, dan moesten we vier trapliften installeren.”

Medisch specialist 1 gaf aan dat deze patiënt op basis van de medische situatie en de fysieke omgeving niet kon revalideren op de GRZ. Er was overeenstemming dat het gedurende een opname in de GRZ niet mogelijk was om van fysieke omgeving te veranderen en grote aanpassingen als trapliften te verwezenlijken. Tussen de opnames moest de fysieke omgeving opnieuw beoordeeld worden, omdat een verandering van fysieke omgeving mogelijk was.

3.3.7 Andere uitkomsten

Buiten de zes factoren, kwamen tijdens de NGT ook andere uitkomsten naar voren. Deze uitkomsten hadden geen betrekking op de onderzoeksvraag, maar waren wel belangrijk voor de GRZ-Zuyderland. Ten eerste ging het over het voortraject (voor opname op de GRZ). Medisch specialist 1 was van mening dat een multidisciplinaire benadering van de triage van meerwaarde zou kunnen zijn.

Als tweede gaf de medisch specialist aan: “Ik weet niet of jullie wel eens zo een formulier te zien krijgen, maar dat is echt gewoon een shit load aan decursussen, die gecopy-pastet zijn onder elkaar. En dan moet ik maar uitzoeken wat ik nou wel en niet belangrijk vind. Terwijl ik denk waarom verzinnen wij niet wat belangrijke GRZ-doelen. Die vragen moeten door de kliniek beantwoord worden en die leveren ze dan in.”

Ten derde haalde de medisch specialist aan dat bij de prognose vaak geen beschrijving van fysieke omgeving en/of sociaal netwerk was. Ten vierde gaven de paramedici aan dat een gebrek aan motivatie voor aanmelding bij de GRZ inzichtelijker diende te worden gemaakt. Als laatste vroegen de participanten zich af in hoeverre het de verantwoordelijkheid van de therapeut was om de patiënt te motiveren.

4 Discussie en conclusie

“Op basis van welke factoren baseren medisch specialisten en paramedici van de GRZ-Zuyderland of iemand ‘niet-revalideerbaar’ is binnen de GRZ.” De doelstelling van de GRZ-Zuyderland is dat 100% van de patiënten teruggaat naar huis. In de praktijk is dit niet het geval. Uit de resultaten bleek dat er over ‘niet-revalideerbaar’ wordt gesproken, indien patiënten geen concrete revalidatiedoelen konden opstellen. Dus de patiënt leerde niet omgaan met zijn/haar beperkingen, waarbij de zelfredzaamheid en de veiligheid van de patiënt niet gegarandeerd konden worden. Aanvullend werd de term ‘niet-revalideerbaar’ op het moment voor ontslag beschreven aan de hand van zes factoren: leerbaarheid en/of een combinatie van cognitie, sociaal netwerk, motivatie, fysiek functioneren en fysieke omgeving. Leerbaarheid hield in dat de patiënt moest kunnen leren omgaan met beperkingen. In de beschrijving van leerbaarheid kon instrueerbaar niet worden gebruikt. Het volgen van een instructie betekende niet dat de patiënt het later kon reproduceren. Leerbaarheid was als factor niet variabel, daarentegen kon die wel geobjectiveerd worden. De parameters moeten nog beschreven worden. Onder de factor cognitie werden alle cognitieve problemen verstaan, die het naar huis gaan belemmeren. Bij het sociaal netwerk stond het vangnet van de patiënt centraal. Daarbij werd besproken in welke mate het sociaal netwerk ondersteuning kan bieden. Ondersteuning werd opgedeeld in planbare of niet-planbare zorg. Niet-planbare zorg was een indicatie om naar een instelling te gaan. Ook was de veranderbare fysieke omgeving bepalend, denk hierbij aan het veranderen van woning of woonsituatie. Binnen de fysieke omgeving werden ook de irreële verwachtingen, welke vanuit de patiënt en/of mantelzorger konden komen, betrokken. De motivatie, zowel intrinsiek en extrinsiek, was belangrijk en veranderbaar. Dit werd beschreven aan de hand van de pathologie en of een patiënt wel wilde revalideren. Binnen de factor fysiek functioneren kwamen actuele ziektebeelden en belastbaarheid naar voren. Deze bepaalden samen de prognose. De beschrijving van wat precies onder prognose wordt verstaan bij de term ‘niet-revalideerbaar’ dient nog te worden onderzocht. Daarnaast werd de mobiliteit meegenomen, waarbij het belangrijk was of een patiënt een minimaal niveau behaalde om thuis zelfstandig te kunnen functioneren.

Dit onderzoek laat zien dat de term ‘niet-revalideerbaar’ onder andere wordt gevormd, indien geen concrete revalidatiedoelen kunnen worden opgesteld. Dit is in tegenspraak met het onderzoek van Smit et al. (2019). Hierbij wordt in de resultaten beschreven dat er een lage evidentie is, dat ‘goal-setting’ met de patiënt geen significant

effect heeft op het fysiek functioneren. Echter blijkt uit de discussie dat in zowel de interventiegroepen als de controlegroepen gebruik werd gemaakt van goal-setting. Goal-setting is geïntegreerd in de standaard zorg. Daarnaast past ook de therapeut een vorm van goal-setting toe in het bepalen van het zorgtraject (Plant & Tyson, 2018). Het niet vormen van concrete revalidatiedoelen vanuit de patiënt zoals beschreven in de gevonden resultaten van dit onderzoek zal op basis van de literatuur moeten worden veranderd naar het niet kunnen stellen van concrete revalidatie doelen vanuit patiënt en therapeut. De leerbaarheid van patiënten was de belangrijkste aanvullende factor die in dit onderzoek naar voren kwam. Literatuur suggereert dat oudere mensen in staat zijn in het verbeteren van vaardigheden middels motorisch leren, een van de vormen van leren welke invloed heeft op revalidatie. Hierbij moet wel de mate van plasticiteit van de hersenen in combinatie met de leeftijd overwogen worden (Voelcker-Rehage, 2008). In dit onderzoek zijn binnen de leerbaarheid geen soorten van leren betrokken, waardoor de verschillen met het artikel van Voelcker-Rehage moeilijk te interpreteren zijn. In de literatuur is deze factor in algemene zin ook niet teruggevonden binnen de GRZ. Op basis van deze gegevens kan leerbaarheid noch bevestigd noch ontkracht worden. Een ander resultaat van dit onderzoek was dat de motivatie zeer belangrijk was. Cowley et al. (2021) suggereren dat motivatie een cruciaal onderdeel is bij de beoordeling van de revalidatiepotentie en van invloed is op het fysiek functioneren. Yoshida et al. (2021) beschrijven dat een hoge motivatie bij patiënten leidt tot actievere deelname in zelf trainen, revalidatie training en een verhoging in algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Een middel dat gebruikt kan worden tijdens de revalidatie om de motivatie te verhogen zijn succeservaringen. Een te zware trainingsintensiteit kan een gevoel van falen teweegbrengen en de motivatie verminderen. Buiten de motivatie had het sociaal netwerk een grote invloed of een revalidatie succesvol werd afgesloten. De participatie van familie kan namelijk zorgen voor toeneming van het aantal oefenmomenten (Tijssen et al., 2019). Dit is in overeenstemming met de fysiotherapeutische behandeling, want er wordt behandeld vanuit het biopsychosociaal model. Hierbij wordt aanspraak gemaakt op de leefomgeving en sociaal netwerk van de patiënt om zelfredzaamheid te bevorderen (Mutsaers et al., 2021). Dit is toepasbaar op de gevonden factoren sociaal netwerk en fysieke omgeving. Uit het onderzoek van Said et al. (2021) blijkt dat een betere cognitie leidt tot een succesvollere revalidatie. Poynter et al. (2011) vinden vergelijkbare uitkomsten. Uit deze uitkomsten blijkt dat alle patiënten revalidatie potentieel hebben ongeacht de Mini-Mental State Examination (MMSE) score. Dit sluit aan op de opinies van de geïnterviewde experts dat iedere patiënt kan revalideren, echter dat een bepaalde mate van cognitie genoodzaakt is voor revalidatie binnen de GRZ-

Zuyderland. Welke mate dit is en wat precies onder cognitie wordt verstaan, is nog niet bekend. Dit onderzoek is ervan uitgegaan dat alles wat de patiënt nodig heeft, ook daadwerkelijk aanwezig is binnen de GRZ-Zuyderland, op het moment van beslissen of iemand 'niet-revalideerbaar' is. De invloed van deze aanname is niet onderzocht. Eerder onderzoek suggereert namelijk dat medici dit wel mee moeten nemen in de beslissing over de bekwaamheid van revalidatie bij kwetsbare ouderen (Cowley et al., 2021). Als er beperkte mogelijkheden zijn in de faciliteiten kan dit gevolgen hebben. Patiënten kunnen eventueel hun revalidatiepotenties niet volledig benutten. In vervolgonderzoek kan overwogen worden om de revalidatiefaciliteit te betrekken in het onderzoek om de term 'niet-revalideerbaar' te bepalen.

De huidige beschrijving van factoren zou kunnen worden gebruikt op de GRZ-Zuyderland als stamboom tijdens de documentatie van de patiëntdecursus. Onder iedere factor kan de behandelend therapeut zijn/haar bevindingen verwoorden. Tijdens een multidisciplinair overleg (MDO) bevatten de decursussen van verschillende disciplines dan dezelfde structuur en onderbouwing per factor. De behandelend medisch specialist kan hiermee sneller een onderbouwde keuze maken. De factoren zullen op deze manier verder uitgewerkt worden. Bij een succesvolle implementatie in de GRZ-Zuyderland kan een vertaalslag gemaakt worden naar andere revalidatie instellingen binnen Nederland. Daarbij kunnen de uitgewerkte factoren gecommuniceerd worden naar de triage.

Het onderzoek heeft sterktes en zwaktes. Een sterk punt van het onderzoek is dat 100% consensus werd bereikt tijdens de NGT, zowel individueel alsook tussen de disciplines. Iedereen was het na discussie met de gekozen prioritering eens. Binnen het competentie profiel van de fysiotherapeut wordt gesproken over communicatie, samenwerking en het bevorderen van kennis onder collega's (Mutsaers et al., 2021). Hierbij wordt het belang van eenheid die gevormd wordt binnen het team en de zorg in het algemeen uitgelicht. De consensus maakt de uitkomsten van het onderzoek sterk en representatief. Dit betekent dat er factoren zijn gevonden, die van grote invloed zijn op de term 'niet-revalideerbaar' en uiteindelijk bepalen of de desbetreffende persoon hieronder valt of niet. Daarnaast valt op dat het cross-sectioneel beschrijvend onderzoek alleen het doel heeft inzicht te verkrijgen in de situatie. Binnen dit onderzoek is duidelijk te zien dat er behoefte is om de term een betekenis te geven. Er is geen belang bij de uitkomst van de term. Het gevolg is dat de participanten volledig naar eigen inzicht konden antwoorden, waardoor bias onder de participanten kon worden uitgesloten. Eén medisch specialist, die had deelgenomen, werkte in de kliniek en op de GRZ. Dit is een sterk punt, omdat deze participant inzicht had in beide situaties en zijn functie binnen de triage en de GRZ-afdeling

kon toelichten. Nog een sterk punt is de discussie, waarbij participanten een groot aandeel hadden en belangrijke toevoegingen gaven. De gespreksleider en ondersteuner zijn daardoor bijna niet aan het woord geweest. Echter vormt het natuurlijk verloop van de discussie een mogelijk zwak punt. Er waren participanten die communicatief vaardiger waren, waardoor één participant minder aan het woord was geweest. Hierbij hadden de gespreksleider en ondersteuner eventueel meer sturing moeten geven. Een ander zwak punt is dat dit onderzoek gebaseerd is op opinies van experts. Verder onderzoek is nodig om deze te toetsen. Uiteindelijk is de term 'niet-revalideerbaar' beschreven op het moment van ontslag, echter was het doel de term in het algemeen te bespreken binnen de GRZ-Zuyderland. Het is een zwakte dat de discussie onder de participanten zorgde dat de focus op het moment van ontslag kwam te liggen. Als laatste dient het aantal deelnemende medisch specialisten als zwak punt. De opzet was om drie medisch specialisten te includeren in de NGT. In het onderzoek had één medisch specialist deelgenomen aan de NGT. Deelname van nog twee medisch specialisten had de discussie mogelijk beïnvloed. Dit had mogelijk specifiekere resultaten opgeleverd.

Doordat op de GRZ-Zuyderland vóór dit onderzoek nog niet eerder gesproken was over de term 'niet-revalideerbaar' en in dit onderzoek de term werd besproken op het moment voor ontslag, zijn er een aantal aanbevelingen ten aanzien van vervolgonderzoek. Ten eerste wordt bij herhaling van dit beschrijvend onderzoek geadviseerd om te starten met semigestructureerde interviews van alle participanten vooraleer een focusgroep of NGT te starten. De kennis en ervaring van minder welbespraakte participanten kan op deze manier worden uitgelicht. Overwogen kan worden om hierbij alle werkzame disciplines op de afdeling te betrekken om de term zo volledig mogelijk te beschrijven. Ten tweede kan aansluitend onderzoek de term 'niet-revalideerbaar' inzichtelijker maken op het moment van aanmelding binnen de GRZ-Zuyderland. De aanbeveling is om bij het vervolgonderzoek de onderzoeksopzet van dit onderzoek te gebruiken met toevoeging van semigestructureerde interviews voorafgaand aan de NGT. Ten derde kan mogelijk middels een delphi-studie of retrospectief onderzoek de gevonden factoren van dit onderzoek en het vervolgonderzoek bevestigd of ontkracht worden. De parameters van de factoren kunnen daarna onderzocht en uitgediept worden. Uiteindelijk kan dan onderzocht worden hoe 'niet-revalideerbaar' zijn binnen de GRZ overeenkomt of verschilt met de huidige triage van mogelijke GRZ-patiënten. Hier kan een medisch specialist, werkzaam op beide locaties, een schakel vormen. Uit de resultaten van deze vervolgonderzoeken kunnen mogelijke aanbevelingen met aanpassingen volgen op de triage binnen de zorg in het algemeen.

Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat de term 'niet-revalideerbaar' omschreven wordt wanneer een patiënt en therapeut geen concrete revalidatiedoelen kan opstellen. Hierbij leert de patiënt niet omgaan met beperkingen en kunnen de zelfredzaamheid en eigen veiligheid niet gegarandeerd worden. Dit heeft op het moment voor ontslag te maken met de factoren: leerbaarheid, cognitie, sociaal netwerk, motivatie, fysieke omgeving en fysiek functioneren. De term is geformuleerd op basis van consensus tussen zeven experts, de gevonden factoren worden grotendeels ondersteund door de literatuur. De parameters van de factoren dienen nog beschreven en getoetst te worden. Middels dit resultaat en vervolgonderzoek kan de GRZ-Zuyderland, de 'passende zorg' leveren en een aanvullende stap zetten in de richting van het zorgakkoord 2022.

Literatuurlijst

- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Van der Velden, T., & Boullart, A. (2021). *Basisonderzoek Kwalitatief Onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (5e editie). Noordhoff Uitgevers.
- CIZ. (z.d.). *Voor wie is de Wet langdurige zorg (Wlz)?* Geraadpleegd op 23 mei 2023, van <https://www.ciz.nl/wet-langdurige-zorg/voor-wie-is-de-wet-langdurige-zorg-wlz>
- Cowley, A., Goldberg, S. E., Gordon, A. L., Kerr, M., & Logan, P. (2021). Exploring rehabilitation potential in older people living with frailty: a qualitative focus group study. *BMC Geriatrics*, 21(165). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02107-y>
- Hirano, Y., Maeshima, S., Osawa, A., Nishio, D., Takeda, K., Baba, M., & Kigawa, H. (2012). The Effect of Voluntary Training with Family Participation on Early Home Discharge in Patients with Severe Stroke at a Convalescent Rehabilitation Ward. *European Neurology*, 68(4), 221-228. <https://doi.org/10.1159/000338478>
- Hobbelen, J. S. M., van de Kamp-Hofman, I. A. L., Looijen, R. A. T., Risseuw, H., Van der Velde, M., & Vluggen, T. P. M. M. (2015). *Beroepsprofiel Geriatriefysiotherapeut*. Geraadpleegd op 5 mei 2023, van <https://nvfg.kngf.nl/binaries/content/assets/bi/bi-nvfg/onbeveiligd/beroepsprofiel-geriatrie-fysiotherapie-juli-2015.pdf>
- Poynter, L., Kwan, J., Sayer, A. A., & Vassallo, M. (2011). Does Cognitive Impairment Affect Rehabilitation Outcome? *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(11), 2108-2111. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03658.x>
- McMillan, S. S., King, M., & Tully, M. P. (2016). How to use the nominal group and Delphi techniques. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 38, 655-662. <https://doi.org/10.1007/s11096-016-0257-x>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (z.d.). *Zorgprofiel*. Regelhulp.nl. Geraadpleegd op 17 maart 2023, van <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/wlz/zorgprofiel>
- Mutsaers, J. H. A. M., Ruitenbeek, T. H., Schmitt, M. A., Veenhof, C., & Driehuis, F. (2021). *KNGF Beroepsprofiel Fysiotherapeut: Over het vakgebied en rollen en competenties van de fysiotherapeut*. Geraadpleegd op 3 maart 2023, van https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/vak-en-kwaliteit/beroepsprofiel/kngf_beroepsprofiel-fysiotherapeut_2021.pdf
- Nowossadeck, E. (2019). Impact of Population Aging on Utilization of Medical Rehabilitation in Germany Till 2040. *Die Rehabilitation*, 58(02), 96-103. <https://doi.org/10.1055/a-0603-6864>
- Plant, S., & Tyson, S. F. (2018). A multicentre study of how goal-setting is practised during inpatient stroke rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 32(2), 263-272. <https://doi.org/10.1177/0269215517719485>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022). *Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg'* (Rapport 16-09-2022). Rijksoverheid.nl. Geraadpleegd op 17 maart 2023, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>
- Said, C. M., McGinley, J. L., Szoek, C., Workman, B., Hill, K. D., Wittwer, J. E., Woodward, M., Liew, D., Churilov, L., Bernhardt, J., & Morris, M. E. (2021). Factors associated

- with improved walking in older people during hospital rehabilitation: secondary analysis of a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 21(90).
<https://doi.org/10.1186/s12877-021-02016-0>
- Smit, E. B., Bouwstra, H., Hertogh, C. M., Wattel, E. M., & van der Wouden, J. C. (2019). Goal-setting in geriatric rehabilitation: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, 33(3), 395-407. <https://doi.org/10.1177/0269215518818224>
- Tijssen, L. M. J., Derksen, E. W. C., Achterberg, W. P., & Buijck, B. I. (2019). Challenging rehabilitation environment for older patients. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 1451-1460. <https://doi.org/10.2147/CIA.S207863>
- Vektis. (2021, 23 juli). *Factsheet Geriatrische revalidatiezorg*. Geraadpleegd op 10 maart 2023, van <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-geriatrische-revalidatiezorg#:~:text=In%202019%20ontvingen%2053%20duizend,140%20instellingen%20deze%20zorg%20aan>
- Vella, K., Goldfrad, C., Rowan, K., Bion, J., & Black, N. (2000). Use of consensus development to establish national research priorities in critical care. *BMJ*, 320, 976-980.
<https://doi.org/10.1136/bmj.320.7240.976>
- Verenso. (2013, maart). *Triage Instrument Geriatrische Revalidatiezorg*. Geraadpleegd op 23 februari 2023, van https://www.verenso.nl/_asset/_public/Thema-en-projecten/GRZ/Verensotriage-instrument-GRZversie-maart-2013.pdf
- Verhoeven, N. (2020). *Thematisch analyse: Patronen vinden bij kwalitatief onderzoek*. Boom.
- Vlaams Instituut Gezond Leven. (2020). *Eerste hulp bij ... consensusmethoden: de Delphi-methode en de nominale-groepstechniek*. Geraadpleegd op 16 februari 2023, van <https://www.gezondleven.be/files/EHB...consensus-methoden2020.pdf>
- Voelcker-Rehage, C. (2008). Motor-skill learning in older adults—a review of studies on age-related differences. *European Review of Aging and Physical Activity*, 5, 5-16.
<https://doi.org/10.1007/s11556-008-0030-9>
- Wollersheim, H., Ahaus C. T. B., Hamming, J. F., Wagner, C., & Van der Weijden, T. (Eds.) (2020). *Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg* (2e herziene druk). Bohn Stafleu van Loghum.
- World Health Organization. (2022, 1 oktober). *Ageing and health*. who.int. Geraadpleegd op 9 februari 2023, van <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Yoshida, T., Otaka, Y., Osu, R., Kumagai, M., Shinya, K., & Yaeda, J. (2021). Motivation for Rehabilitation in Patients With Subacute Stroke: A Qualitative Study. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 2. <https://doi.org/10.3389/fresc.2021.664758>
- Zorginstituut Nederland. (z.d.). *Geriatrische revalidatiezorg (Zvw)*. Geraadpleegd op 17 maart 2023, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/geriatrische-revalidatiezorg-zvw>
- Zuyderland. (z.d.). *Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ)*. Geraadpleegd op 8 februari 2023, <https://www.zuyderland.nl/specialismen/geriatrische-revalidatie-zorg-grz/>

Begrippenlijst

‘Better in, Better out’ principe - Patiënten werken aan hun gezondheid voor dat een operatie plaatsvindt. Hierdoor kunnen ze fitter de operatie uit komen en hebben ze minder kans op operatieve complicaties.

Decursus - Een verslag van een patiëntbehandeling.

Extramurale instelling - De zorg die geleverd wordt aan cliënten die niet in een instelling verblijven. Deze zorg wordt gegeven middels afspraken bij een zorgaanbieder.

Goal setting - Het proces van doelen opstellen welke specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden zijn.

Intramurale instelling - Cliënten krijgen zorg gedurende een onafgebroken verblijf in een instelling (verpleeghuis, verzorgingshuis, instelling voor gehandicapten of instelling voor cliënten met langdurige psychische problemen).

Kliniek - Afdelingen in het ziekenhuis waar mensen verpleegd worden.

Nominale groepstechniek (NGT) - Een besluitvormingstechniek om ideeën te ontwikkelen, te evalueren en alternatieven te kiezen, waarbij discussie en interpersoonlijke communicatie beperkt worden.

Psychogeriatric - Een onderdeel van geneeskunde dat zich bezighoudt met aandoeningen die gepaard gaan met beperkingen van de geestelijke vermogens op hogere leeftijd.

Verzorging en verpleging (VV) - Medische handelingen zoals wondverzorging (verpleging) en hulp geven bij het aan- en uitkleden, wassen en douchen (verzorging).

Zorgprofiel - Indicatie van welke zorg een persoon nodig heeft.

Zorgzwaartepakket (ZZP) - De ondersteuning of zorg die iemand nodig heeft als iemand niet zelfstandig thuis kan wonen. Dit wordt nu beschreven met zorgprofiel en VV, zie hierboven.

Bijlagen

In dit hoofdstuk staan de bijlages waar in de scriptie naar verwezen wordt. De volgende bijlages zijn toegevoegd: triage-instrument OZL, startdocument Afstudeerscriptie Fysiotherapie 2022-2023, informatiebrief, toestemmingsformulier en toestemmingsverklaring, brainstormsessie vragenlijst en NGT, vragenlijst participanten, handleiding NGT, transcript NGT, codeboom vraagstelling 1 en codeboom vraagstelling 2.

Bijlage 1 - Triage-instrument OZL

In het triage-instrument regio OZL (K. Pijpers, persoonlijke communicatie, 23 februari 2023) staat de volgende toelichting over de stroomdiagrammen en de stroomdiagrammen zelf:

Doel en reikwijdte

Dit triage-instrument heeft als doel om binnen de regio OZL een eenduidige triage te hanteren bij de cliënt met een vraag naar geriatrische revalidatie en/of herstellzorg. Hiermee wordt gehoor gegeven aan de oproep van zorgverzekeraars tot regionale afstemming, en wordt er een eenduidig triagebeleid gehanteerd vanuit de betrokken zorgaanbieders naar de verwijzende organisaties. Het instrument is tot stand gekomen door gezamenlijke afspraken tussen MeanderGroep, Sevagram en Cicero Zorggroep. Dit instrument is bedoeld voor de geriatrische cliënt die gaat revalideren en/of herstellen op basis van een indicatie geriatrische revalidatiezorg (GRZ), eerstelijnsverblijf hoog complex (ELV-h) of een ZZP9b indicatie. Indicaties voor palliatieve zorg, Wet langdurige zorg (Wlz) (anders dan ZZP9b) of eerstelijnsverblijf laag complex (ELV-l), vallen in principe niet binnen het bereik van dit triage-instrument.

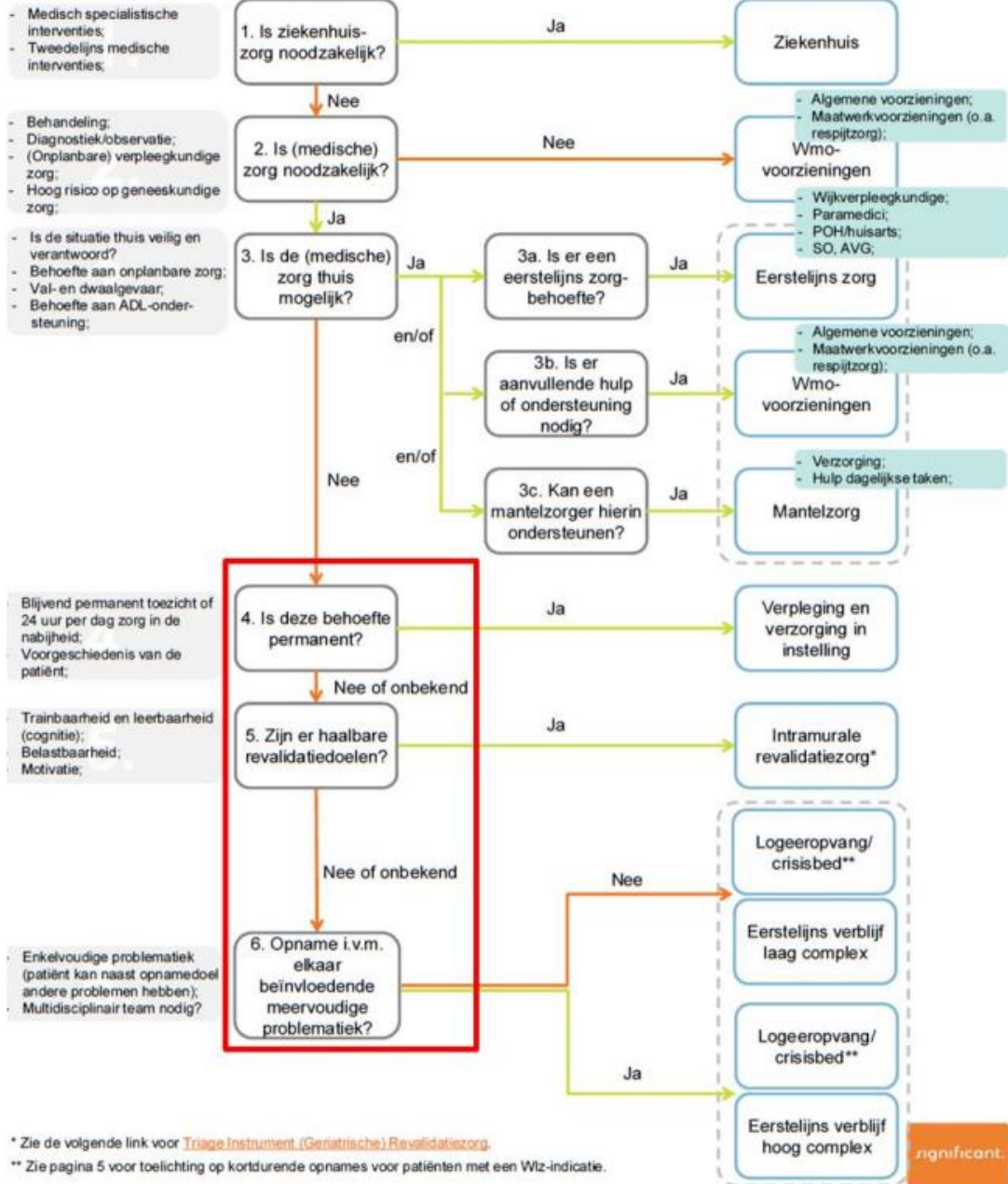
Handleiding

Het “Afwegingsinstrument voor opname eerstelijns verblijf 2.0” (2016) diende als grondlegger bij het opstellen van het regionale triage-instrument. Dit Afwegingsinstrument blijft het startpunt voor de triage van cliënten met een vraag naar kortdurend verblijf. Voor de cliënt met een vraag naar geriatrische revalidatie en/of herstellzorg worden vanaf punt 4 van het afwegingsinstrument (rode kader, afbeelding pagina 2), de stappen doorlopen volgens het regionale triage-instrument (pagina 3). Dit triage-instrument kan dan ook gezien worden als een verdere uitsplitsing en dus verduidelijking, van het bestaande “Afwegingsinstrument voor opname eerstelijns verblijf 2.0”.

Afwegingsinstrument kortdurend verblijf

Achterliggende afweging -

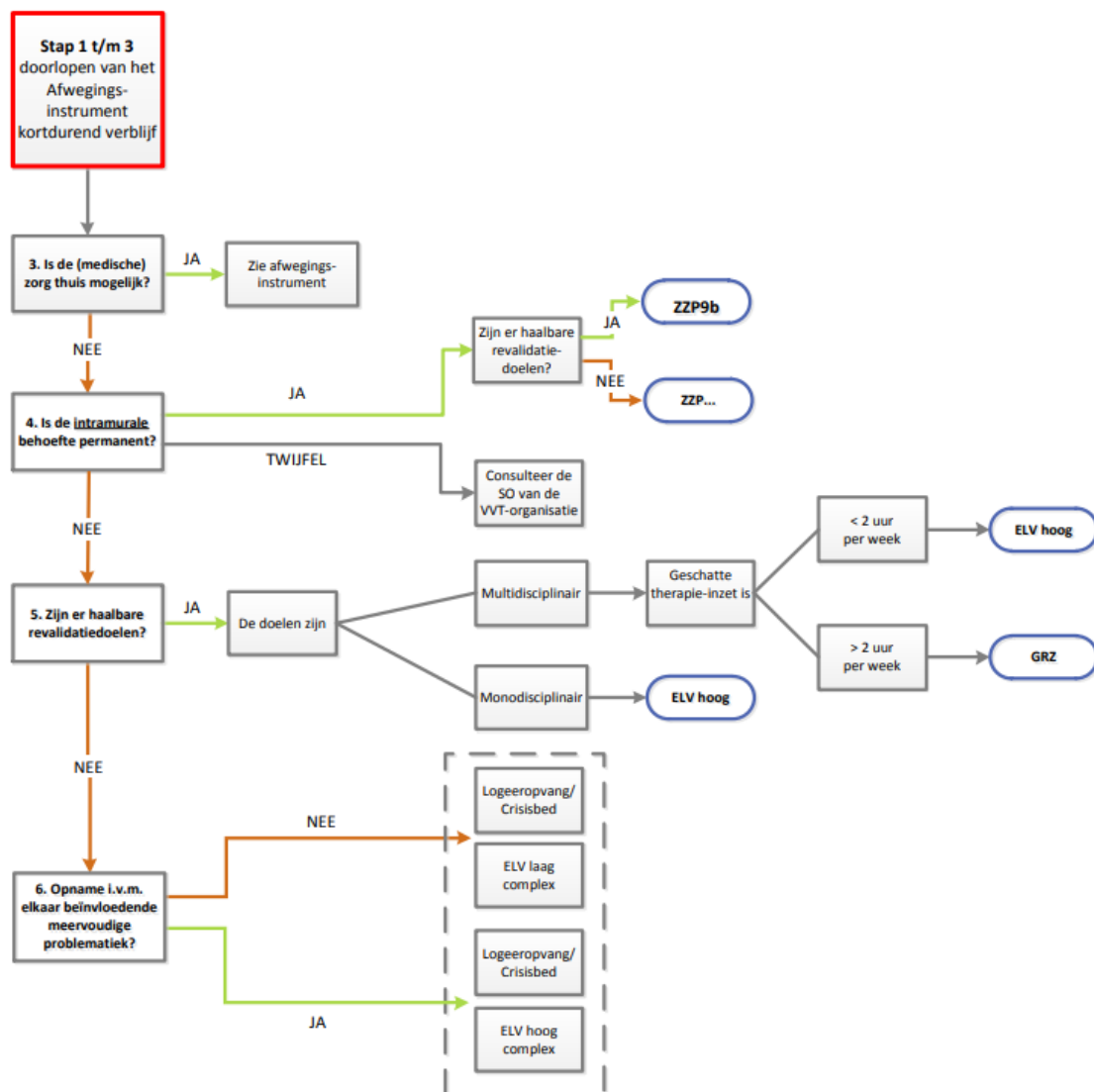
Opsommingen ter gedachtevorming en derhalve niet uitputtend



* Zie de volgende link voor [Triage Instrument \(Geriatrische\) Revalidatiezorg](#).

** Zie pagina 5 voor toelichting op kortdurende opnames voor patiënten met een Wlz-indicatie.

Triage-instrument Oostelijk Zuid Limburg



Bijlage 2 - Startdocument Afstudeerscriptie Fysiotherapie 2022-2023

Hieronder staat het startdocument Afstudeerscriptie Fysiotherapie 2022-2023 (Zuyd Hogeschool, persoonlijke communicatie, 6 februari 2023).

Startdocument Afstudeerscriptie Fysiotherapie 2022-2023



Het daadwerkelijk uitvoeren van je afstudeeronderzoek start met het helder beschrijven van een aantal zaken ten aanzien van jullie onderlinge samenwerking en het onderzoek zelf. Het voorwerk voor het invullen van dit document hebben jullie afgelopen week gedaan, met het uitvoeren van de opdrachten. Nu is het de bedoeling om alle opgedane inzichten en resultaten samen te voegen.

Dit formulier biedt handvatten om te komen tot een volwaardig startdocument. Geef op alle onderdelen concreet antwoord in de vorm van een lopend verhaal (in de ruimte onder de vraag). De antwoorden op de onderdelen in dit startdocument geven straks goed inzicht in wat je kunt schrijven in de eerste conceptversie van de scriptie. Dit is tevens een eerste oefening in schrijfvaardigheid, een vaardigheid die van belang is bij het schrijven van de jullie afstudeerscriptie.

Jullie afstudeerbegeleider beoordeelt aan de hand van dit startdocument of jullie onderzoek verder uitgevoerd mag worden in de komende periode.

Ter ondersteuning van dit startdocument maak je gebruik van het document: Ondersteuning Startdocument.

Namen van de studenten (met studentnummer):

1)

2)

3)

Samenwerking in de afstudeergroep

- Beschrijf hoe jullie samenwerking tot nu toe is verlopen
- Wat vinden jullie elkaars sterke punten
- Wat zijn verbeterpunten voor ieder groepslid en jullie samenwerking
- Welke afspraken hebben jullie gemaakt om (eventuele) problemen aan te pakken

Voorlopige titel afstudeerscriptie

Omschrijving en toelichting van het onderwerp

WELK probleem ga je voor WIE oplossen door WAT te ontwikkelen en WAAROM?

- Context Beschrijf de context cq ontwikkeling waar de opdracht uit voortvloeit of uitgevoerd wordt. Benoem de samenhang met lopende of komende ontwikkelingen in de zorg, eerder (wetenschappelijk) onderzoek, de setting (b.v. in de 1^e of 2^e lijn of binnen jeugd of ouderenzorg), de specifieke instelling e.d. - Probleem Wat is het (praktijk)probleem? Voor wie is dit een probleem? Waarom is het een probleem? Leg hierbij een logische relatie met de context en relevante ontwikkelingen. - Doelgroep Wie is jullie doelgroep? Voor wie ga je iets ontwikkelen/verbeteren? Dit kunnen meerdere doelgroepen zijn. - Eindproduct Wat is jullie te verwachten eindproduct? Wat gaan jullie ontwikkelen/verbeteren? Wat is de waarde/relevantie ervan voor de praktijk?
Doel- en vraagstelling Wat zijn de doel- en/of vraagstelling(en) van jullie onderzoek?
Plan van aanpak <i>Met WIE gaan jullie het eindproduct realiseren en HOE gaan jullie dat gaan doen?</i> - Welke onderzoeksdesign past het beste bij jullie onderzoek? - Ga je iets evalueren? Bv. een proces, behandeling - Ga je iets maken/ontwikkelen of iets verbeteren? Bv. onderwijsproduct, handleiding, filmpje - Ga je iets implementeren? Bv. een nieuwe richtlijn invoeren of een app in de behandeling integreren - Ga je een literatuurstudie uitvoeren? Bv. Meer kennis over een onderwerp beschikbaar maken - Geef binnen je gekozen design aan hoe je een aantal zaken denkt te gaan invullen. Geef in grote lijnen aan hoe jullie de doelstelling gaan bereiken en de vraagstelling gaan beantwoorden? Denk hierbij aan manier van gegevens verzamelen, bij wie en mogelijke uitkomstmaten etc. - Wie zijn jullie belangrijkste stakeholders? Op welke manier gaan jullie stakeholders en doelgroep betrekken bij jullie onderzoek? Welke rol hebben zij in jullie project en in welke fase/wanneer? Wat verwachten jullie van hun bijdrage, deelname etc.?
Haalbaarheid - Activiteiten Geef een gemotiveerd overzicht van activiteiten en taakverdeling, inclusief planning en deadlines, verantwoordelijkheden en taken - Risico Maak een risicoanalyse van eventuele knelpunten en sleutelmomenten om jullie onderzoek succesvol te kunnen afronden en beschrijf maatregelen ter voorkoming van knelpunten

Ondersteunende literatuur	
Maak een literatuurlijst van de bronnen die je hebt gebruikt bij het schrijven van het startdocument. Dit vormt de basis voor de literatuurlijst van jullie scriptie.	
Privacy wetgeving (<i>kruis aan wat voor jou van toepassing is</i>)	
Ga je data verzamelen van patiënten? Zo ja is een METC aanvraag nodig?	☐ nee ☐ ja ☐ weten we nog niet ☐ weet ik niet ☐ ja, METC aanvraag is ingediend ☐ ja, METC aanvraag dient nog ingediend te worden

Bijlage 3 - Informatiebrief

Informatiebrief

Afstudeerscriptie: “Op basis van welke factoren baseren medisch specialisten en paramedici van de GRZ-Zuyderland of iemand ‘niet-revalideerbaar’ is binnen de GRZ.”

Geachte meneer/mevrouw,

Allereerst bedankt voor deelname aan onze afstudeerscriptie van Hogeschool Zuyd.

Wij (Amber Dumont, Robin Keuchen en Guido van der Sleen) onderzoeken een praktijkprobleem afkomstig van de GRZ van Zuyderland Sittard-Geleen en doen onderzoek naar de term ‘niet-revalideerbaar’ zijn. Bij dit onderzoek staat de volgende onderzoeksvraag centraal: Op basis van welke factoren baseren medisch specialisten en paramedici van de GRZ-Zuyderland of iemand ‘niet-revalideerbaar’ is. Het doel is het vinden van overeenstemming rondom de term ‘niet-revalideerbaar’ zijn en een aanbeveling hieromtrent doen.

Voor dit onderzoek plannen wij één bijeenkomst op 4 april 2023 van 14:00 tot 16:00 uur. Voor de bijeenkomst willen wij per afdeling (west 26, 36 en 46) één specialist ouderen geneeskunde/klinische geriater/internist-ouderengeneeskunde, één fysio- en één ergotherapeut includeren.

Bij deelname krijgt u een toestemmingsformulier en toestemmingverklaring dat getekend dient te worden voor aanvang. Daarnaast ontvangt u een voorbereidende vragenlijst die u individueel beantwoord en inlevert voor 28 maart. Aansluitend volgt de bijeenkomst op 4 april. Deze bijeenkomst zal via een audiorecorder worden opgenomen, waarbij alles anoniem zal blijven en wordt verwerkt. (Bij het toestemmingsformulier, de toestemmingverklaring en de voorbereidende vragenlijst zal het onderwerp verder toegelicht worden en zal in detail worden beschreven wat van u verwacht wordt.) Het toestemmingsformulier, de toestemmingverklaring en de voorbereidende vragenlijst zal +/- 30 minuten van uw tijd in beslag nemen. Voor de bijeenkomst zal 2 uur worden uitgetrokken. Na afronding van het onderzoek wordt het eindproduct gedeeld met de GRZ-Zuyderland waarbij uw deelname anoniem zal blijven.

Via deze email willen wij al informatie verzamelen van alle definitieve deelnemers waarna we kijken wie we includeren. Wij willen u vragen de volgende informatie zo snel mogelijk door te geven aan onze contactpersoon X, geriatriefysiotherapeut op de GRZ-Zuyderland (email contactpersoon):

- Geslacht
- Leeftijd
- Werkervaring (in jaren) binnen maar ook buiten de GRZ-Zuyderland
- Afdeling waar u voornamelijk werkt

Mocht u meer informatie nodig hebben, aanvullende ideeën hebben of mocht de datum/tijdstip voor u niet uitkomen, kunt u contact opnemen met onze contactpersoon X.

Verder contact omtrent het onderzoek zal ook plaatsvinden via onze contactpersoon in het kader van de AVG. Mocht u met ons zelf toch contact willen leggen, kan dit via email met Amber Dumont (1880233dumont@zuyd.nl).

Met vriendelijke groeten,

Amber Dumont, Robin Keuchen en Guido van der Sleen

1880233dumont@zuyd.nl

1836285keuchen@zuyd.nl

2067275sleen@zuyd.nl

Bijlage 4 - Toestemmingsformulier en toestemmingsverklaring

Toestemmingsformulier

‘Niet-revalideerbaar’ zijn binnen GRZ.

Welke factoren beïnvloeden de term ‘niet-revalideerbaar’ zijn binnen de GRZ-Zuyderland.

Inleiding

Geachte heer/mevrouw,

U heeft zich vrijwillig aangemeld voor deelname aan een onderzoek binnen de GRZ van Zuyderland Medisch Centrum, locatie Sittard-Geleen. Voor deze deelname hebben we uw schriftelijke toestemming nodig. Daarom ontvangt u dit toestemmingsformulier en de bijgevoegde toestemmingsverklaring.

Voordat u de toestemmingsverklaring ondertekend, krijgt u uitleg over wat het onderzoek inhoudt.

Doel van het onderzoek

De medisch specialist van afdeling West 26 heeft aangegeven dat er patiënten zijn die op de GRZ-afdeling opgenomen en na een bepaalde tijd (per patiënt afhankelijk) ‘niet-revalideerbaar’ zijn gebleken. Dit komt bij zowel nieuwe- als heropnames voor. De betekenis van de term ‘niet-revalideerbaar’ zijn en welke factoren hierbij een rol spelen zijn echter nog niet eenduidig. Hierover zijn op dit moment geen afspraken gemaakt tussen medisch specialisten en paramedici binnen de GRZ-Zuyderland. Daarnaast is het onduidelijk of overeenstemming bereikt kan worden over dit onderwerp. Het doel van het onderzoek is om consensus te bereiken over de term ‘niet-revalideerbaar’ zijn en welke factoren hier invloed op hebben.

De volgende onderzoeksvraag is geformuleerd: “Op basis van welke factoren baseren medisch specialisten en paramedici van de GRZ-Zuyderland of iemand ‘niet-revalideerbaar’ is binnen de GRZ.”

Wat meedoen inhoudt

Dit onderzoek maakt gebruik van een nominale groepstechniek (NGT). Tijdens de NGT zullen een tweetal open vragen centraal staan. Om antwoord te krijgen op deze vragen worden zes stappen doorlopen: introductie, individuele reflectie, delen van ideeën, discussie, rangschikken en stemmen en conclusie. Een van de stappen is de individuele reflectie. De individuele reflectie zal plaatsvinden middels een vragenlijst, die via mail wordt verstrekt en vóór de bijeenkomst dient te worden ingeleverd. De uiterlijke inleverdatum is 28 maart. In deze vragenlijst komen dezelfde thema's aan bod als tijdens de bijeenkomst. De vragenlijst zal +/- 30 minuten van uw tijd in beslag nemen. Voor de bijeenkomst waarin de NGT plaatsvindt, is 2 uur gepland. Als de bijeenkomst heeft plaatsgevonden, is uw deelname ten einde. Na afloop van het gehele onderzoek (eind juni) zullen de resultaten worden gedeeld.

Audio opnames tijdens NGT

De bijeenkomst zal met behulp van twee mobiele telefoons en één laptop worden opgenomen. Deze audio opnames zullen na verwerking verwijderd worden. Bij de bijeenkomst krijgt u als deelnemer een cijfer toegewezen zodat het voor de studentonderzoekers duidelijk is, wie wat zegt.

Als u wilt stoppen met het onderzoek

Deelname aan dit onderzoek is volledig vrijwillig. Als u meedoet, kunt u op ieder moment aangeven wanneer u niet meer wenst deel te nemen. U hoeft hiervoor geen reden op te geven. Wel dient u dit direct aan de contactpersoon te melden. De gegevens die tot dat moment zijn verzameld, zullen worden gebruikt in het onderzoek.

Gebruik en bewaren van uw gegevens

Voor dit onderzoek worden bepaalde persoonsgegevens van u verzameld, gebruikt en bewaard. Het gaat om uw naam, leeftijd, geslacht, welke afdeling uw werkt en werkervaring binnen maar ook buiten de GRZ-Zuyderland. Het verzamelen, gebruiken en bewaren van uw gegevens is nodig om vragen te beantwoorden en resultaten te publiceren. In de publicatie zullen persoonsgegevens niet direct na herleid kunnen worden. Dit doormiddel van een globale omschrijving. Uw naam wordt in alle omstandigheden niet vermeld.

Vertrouwelijkheid van uw gegevens

Om uw privacy te beschermen krijgen uw gegevens een code. Uw naam en andere gegevens die u direct kunnen identificeren worden daarbij weggelaten. Alleen met de sleutel van de code zijn gegevens tot u te herleiden. De sleutel van de code blijft veilig opgeborgen in de lokale onderzoeksinstelling. Ook in rapporten en publicaties over het onderzoek zijn de gegevens niet tot u te herleiden. De gegevens die naar de opdrachtgever en de GRZ-Zuyderland worden gestuurd bevatten alleen de code, maar niet uw naam of andere gegevens waarmee u kunt worden geïdentificeerd.

Toegang tot uw gegevens voor controle

Sommige personen kunnen wel uw naam en andere persoonlijke gegevens zonder code inzien. Dit zijn de gegevens die u bij deelname heeft doorgegeven. De studentonderzoekers en contactpersoon kunnen deze gegevens zien. Deze personen houden uw gegevens geheim.

Bewaartermijn gegevens

Uw gegevens moeten minimaal 10 jaar worden bewaard op de onderzoekslocatie Zuyd Hogeschool te Heerlen.

Intrekken toestemming

U kunt uw toestemming voor gebruik van uw persoonsgegevens altijd weer intrekken. U kunt dit aangeven aan de contactpersoon. De onderzoeksgegevens die zijn verzameld tot het moment dat u uw toestemming intrekt, worden gebruikt in het onderzoek.

Vergoeding voor deelname

U zult geen vergoeding krijgen voor het onderzoek.

Heeft u vragen of een klacht?

Indien u vragen of klachten heeft over dit onderzoek, kunt u deze via mail doorgeven aan de contactpersoon.

Ondertekening toestemmingsverklaring

Indien u toestemming geeft, zullen wij u vragen deze op de bijbehorende toestemmingsverklaring schriftelijk te bevestigen. Door uw schriftelijke toestemming geeft u aan dat u de informatie heeft begrepen en instemt met deelname aan het onderzoek.

Contact

In alle situaties waarvoor u contact dient op te nemen, kunt u een mail sturen naar de contactpersoon. Het mailadres van de contactpersoon is: X. De contactpersoon zal in overleg met de studentonderzoekers u mail beantwoorden.

Dank voor uw tijd, en hopelijk tot snel.

Zie volgende pagina voor de toestemmingsverklaring.

Toestemmingsverklaring

Het onderstaande dient u te ondertekenen.

- ☐ Ik verklaar deel te nemen aan een bijeenkomst waarbij de NGT gebruikt wordt. Hierbij wordt mijn eigen anonimiteit gewaarborgd zoals beschreven in het toestemmingsformulier.
- ☐ Ik verklaar dat ik toestemming geef voor audio opnames binnen het onderzoek over 'niet-revalideerbaar' zijn binnen de GRZ-Zuyderland tijdens de bijeenkomst waarbij de NGT wordt gebruikt en dat deze vertrouwelijk gebruikt mogen worden binnen de scriptie van de onderzoekers.
- ☐ Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en belasting van het onderzoek.
- ☐ Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgave van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Datum: _____

Naam deelnemer: _____

Handtekening deelnemer: _____

Bijlage 5 - Brainstormsessie vragenlijst en NGT

De verzonden vraagstellingen:

- Wat houdt de term 'niet-revalideerbaarheid' in?
- Wat is het doel van de revalidatie binnen de GRZ-Zuyderland?
- Wanneer moeten mensen in aanmerking komen tot revalidatie en wanneer niet?
- Welke factoren zijn een optie om te voorkomen dat mensen welke 'niet-revalideerbaar' blijken te zijn, niet op de wachtlijst komen?
- Welke factoren bepalen na jouw mening of iemand wel revalideerbaar is of juist niet?
- Bij welke factoren kan iemand 'niet-revalideerbaar' verklaard worden?

Bijlage 6 - Vragenlijst participanten

Vragenlijst

Handleiding

Zoals u weet vanuit de informatiebrief en het toestemmingsformulier houden wij in het kader van ons onderzoek één bijeenkomst waarbij de NGT wordt gebruikt. In de informatiebrief is aangegeven dat een vragenlijst zou ontvangen ter voorbereiding hierop. Dit document staat hierbij centraal. Deze vragenlijst start met een introductie (zie kopje 'introductie vragenlijst'). Nadat u de introductie heeft doorgelezen, kunt u doorgaan naar de vragenlijst. Deze vragenlijst staat onder het kopje 'individuele reflectie'.

Introductie vragenlijst

De medisch specialist van afdeling West 26 heeft aangegeven dat er patiënten zijn die op de GRZ opgenomen en na een bepaalde tijd (per patiënt afhankelijk) 'niet-revalideerbaar' zijn gebleken. Dit komt bij zowel nieuwe- als heropnames voor. De betekenis van de term 'niet-revalideerbaar' zijn en welke factoren hierbij een rol spelen zijn echter nog niet eenduidig. Hierover zijn op dit moment geen afspraken gemaakt tussen medisch specialisten en paramedici binnen de GRZ-Zuyderland. Daarnaast is het onduidelijk of overeenstemming bereikt kan worden over dit onderwerp. Het doel van het onderzoek is om consensus te bereiken over de term 'niet-revalideerbaar' zijn en welke factoren hier invloed op hebben.

De volgende onderzoeksvraag is geformuleerd: "Op basis van welke factoren baseren medisch specialisten en paramedici van de GRZ-Zuyderland of iemand 'niet-revalideerbaar' is binnen de GRZ." De onderzoeksvraag wordt beantwoord op basis van uw mening en ervaring.

Individuele reflectie

Onderstaande vragen zijn open vragen. U mag deze naar eigen mening invullen. Wel is gewenst zo specifiek mogelijk te zijn en onderbouwing te geven waar nodig.

Vraagstelling 1:

Wat houdt naar uw mening de term 'niet-revalideerbaar' zijn in binnen de GRZ-Zuyderland?

Vraagstelling 2:

Welke specifieke factoren en/of kenmerken bepalen naar jouw mening of iemand 'niet-revalideerbaar' is binnen de GRZ-Zuyderland?

Bijlage 7 - Handleiding NGT

In deze handleiding wordt de locatie, benodigdheden en het proces van de NGT met specificaties toegelicht. Bij het proces van de NGT zijn dia's toegevoegd van de gemaakte PowerPointpresentatie. Deze presentatie werd gebruikt tijdens de bijeenkomst van de NGT.

Locatie en benodigdheden

Op 3 april is een herinneringsmail gestuurd naar alle participanten met de datum, tijdstip en locatie (ruimte). Bij Zuyderland, locatie Sittard-Geleen wordt op west36 de RPB-ruimte gebruikt om de bijeenkomst te houden. Hier worden 11 stoelen met voldoende tafels neergezet. De NGT vindt plaats op 4 april van 14:00 tot 16:00 uur. De drie studentonderzoekers zullen al om 12:00 uur op de locatie aanwezig zijn om de bijeenkomst voor te bereiden. Op de TV die al aanwezig is, wordt de PowerPoint gepresenteerd. Het aanwezige whiteboard wordt ook gebruikt. Als alle participanten aanwezig zijn en plaats hebben genomen wordt een plattegrond gemaakt. Iedere participant krijgt een naambordje zodat het voor alle drie studentonderzoekers duidelijk is, wie, wie is.

Benodigdheden die de drie studentonderzoekers meenemen vanaf thuis om het bovenstaande uit te kunnen voeren:

- 1 pak A4 papier
- 15 pennen
- Naambordjes
- Twee mobiele telefoons met oplader
- Laptop met oplader
- Drinken voor de participanten
- Gebak voor de participanten

Benodigdheden die de drie studentonderzoekers nodig hebben van de locatie om het bovenstaande uit te kunnen voeren:

- 11 stoelen
- Tafels
- TV met HDMI-aansluiting
- Whiteboard
- Markers voor whiteboard

Fase 1: Introductie

De eerste dia van de PowerPointpresentatie staat bij binnenkomst op de TV. De drie studentonderzoekers stellen zich voor en welke rollen zij hebben ± 3 minuten.

‘Niet-revalideerbaar’ zijn binnen de GRZ

Welke factoren beïnvloeden de term niet-revalideerbaar zijn binnen de GRZ Zuyderland.



Eén studentonderzoeker heeft de rol van gespreksleider, één studentonderzoeker de ondersteunende rol en één studentonderzoeker de notulerende rol. De gespreksleider leidt het gesprek. De studentonderzoeker met de ondersteunende rol helpt de gespreksleider waar nodig en let op de tijd. De notulist schrijft belangrijke bevindingen op tijdens de gehele bijeenkomst. De rol van de notulist houdt in dat vragen worden opgeschreven welke gesteld worden tijdens de NGT en dat belangrijke punten genotuleerd worden. De ideeën lijst met prioritering beschreven op het whiteboard wordt overgenomen. Eventuele punten en of gebeurtenissen die van invloed zijn op het onderzoek worden genotuleerd en tijdens de evaluatie besproken.

Vervolgens wordt het verloop van de NGT uitgelegd met welke stappen precies worden doorlopen. Hierbij wordt de tweede dia gebruikt voor ondersteuning ± 3 minuten.

Verloop van de NGT

- Introductie
- Antwoorden vragenlijst
- Aanvullen en of verwijderen
- Discussie
- Prioriteren
- conclusie



Er wordt mondeling uitgelegd aan welke regels de participanten zich dienen te houden tijdens de NGT $\pm$ 3 minuten:

- Er mag onderling niet gesproken worden over onderwerpen anders dan het onderwerp dat centraal staat tijdens de NGT.
- De prioritering gebeurt individueel, overleg vindt later plaats.
- Er wordt geluisterd naar elkaar, probeer elkaar uit te laten spreken, instructies van de gespreksleider worden opgevolgd.
- Om transcriptie makkelijker te maken stelt iedereen zich even voor met naam en beroep en geeft aan op welke afdeling hij/zij werkt.
- Telefoons worden op stil gezet en blijven in de tas/broekzak, werk telefoons mogen worden opgenomen, maar gelieve buiten de kamer het gesprek te voeren.
- Toiletgang is toegestaan voor zowel de studentonderzoekers als participanten. Bij de studentonderzoekers worden de rollen van elkaar overgenomen als iemand naar het toilet moet. Als participanten naar het toilet moeten, wordt de NGT voortgezet en niet stop gelegd.

Op de derde dia gaat de introductie verder waarbij het doel van het onderzoek wordt toegelicht, de outcome wordt besproken en wanneer consensus bereikt wordt of niet (75%, 100% of een meerderheid?) $\pm$ 5 minuten.

Introductie

- Audio.
- Doel: De 'niet- revalideerbaarheid' bespreken binnen de GRZ.
- Outcome: consensus 75% of 100%, of een meerderheid?
- Conclusie: consensus of niet als uitkomst.
- Aanbeveling.



Als laatste worden de vraagstellingen nog een keer voorgelegd. Met vraagstelling 1: Wat houdt naar uw mening de term 'niet-revalideerbaar' zijn in binnen de GRZ-Zuyderland? En vraagstelling 2: Welke specifieke factoren en/of kenmerken bepalen naar jouw mening of iemand 'niet-revalideerbaar' is binnen de GRZ-Zuyderland?

Fase 2: Individuele reflectie

De individuele reflectie heeft al plaats gevonden vooraf middels de vragenlijst. De resultaten hiervan staan op de vierde en vijfde dia.

Vraag 1: Wat houdt naar uw mening het begrip 'niet-revalideerbaar' zijn in binnen de GRZ Zuyderland?

- Hangt af van de functionele prognose, belastbaarheid, leerbaarheid/trainbaarheid van de cliënt
- Samenwerking met de verwijzers speelt een rol
- Dat het niet realistisch is om met een patiënt in een revalidatie traject te zitten omdat er factoren zijn die een vooruitgang in de weg staan.
- Leerbaarheid van pt. Is te laag
- Er zijn geen (er kunnen geen) concrete doelstellingen geformuleerd worden vanuit de vorige setting waar pt verblijft
- Niet revalideerbaar binnen Zuyderland GRZ betekent dat de cliënt ondanks adequate en op maat ondersteuning en begeleiding van multidisciplinaire professionals niet leert omgaan met zijn beperkingen waardoor en zelfredzaamheid niet gegarandeerd kan worden.
- Opmerking: bieden wij wel voldoende ondersteuning/begeleiding op maat als professionals?
- Door bepaalde factoren (zie 2) geen effectieve bijdrage kunnen/willen leveren aan het eigen revalidatieproces, waardoor de mate van herstel die eigenlijk behaald zou kunnen worden (als iemand vanaf dag 1 gemotiveerd is, therapietrouw aan therapieën en eigen oefeningen etc.) stukje bij beetje afneemt. En hierdoor ook het algeheel functioneren en de zelfredzaamheid negatief beïnvloed worden.
- Niet-revalideerbaar zijn is niet "voldoen" aan de doelstelling van de GRZ, welke terugkeer naar huis is.
- Als tijdens de opname van een GRZ patiënt blijkt dat er geen haalbare revalidatiedoelen gesteld kunnen worden of dat blijkt dat deze doelen niet behaald kunnen worden tijdens de opnameduur, of helemaal niet, is een patiënt niet geschikt voor een revalidatieproces, oftewel, niet revalideerbaar. Onder haalbare revalidatiedoelen wordt in dit geval gesteld dat een patiënt doelen moet hebben waarbij een zelfstandig niveau in de thuissituatie haalbaar is. Een zelfstandig niveau is in dit geval een niveau waarbij een patiënt met of zonder ondersteuning kan functioneren in een al dan niet aangepaste woonsituatie.

Vraag 2: Welke specifieke factoren en/of kenmerken bepalen naar jouw mening of iemand 'niet-revalideerbaar' is binnen de GRZ Zuyderland.

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Cognitie• Motivatie van de revalidant• Irrationale verwachtingen• Bijkomende actuele ziektebeelden 'toeters en bellen' vanuit de kliniek• Medisch niet stabiel: nog in een onderzoekstraject, niet belastbaar voor therapie• Verminderde cognitie: Niet instrueerbaar of leerbaar, delirant, sommige vormen van demantie• Sociale opname zonder duidelijke doelen• Maar vaak ook een samenloop van bovenstaande opsomming en niet specifiek 1 item• Te lage leerbaarheid• Het niet kunnen formuleren van doelstellingen.• Belastbaarheid• Prognose• Fysieke omgeving• Sociale omgeving/netwerk | <ul style="list-style-type: none">• Cognitie (executieve functies, leerbaarheid, motivatie etc.), NVF voorheen (al gedeeltelijk) begeleid wonen), bepaalde mate van zorg betrokken (HH, TZ), zonder partner en/of sociaal netwerk), onderliggende medische problematiek die op de voorgrond staat los van opname-indicatie• M.a.w. de functionele mogelijkheden zijn te beperkt, om veiligheid en zelfredzaamheid in thuissituatie te garanderen.• Client heeft dusdanige cognitieve problemen waardoor er geen inzicht of onvoldoende inzicht is in eigen functioneren. Cognitieve problemen tgv NAAH of dementieel beeld.• Opmerking: Niet revalideerbare cliënten kunnen milts een adequaat netwerk toch terug naar hun thuissituatie.• Mobiliteit: Welk niveau van mobiliteit is minimaal benodigd om in de thuissituatie te kunnen functioneren, is dit niet haalbaar → niet-revalideerbaar• Zorg (Planbaar of niet): Op het moment dat er sprake is van onplanbare zorg kan een patiënt niet zelfstandig thuis wonen → Niet-revalideerbaar• Cognitie: Indien er cognitieve problemen zijn waardoor het niet haalbaar is voor de patiënt om (zelfstandig) veilig in de thuissituatie te zijn → Niet-revalideerbaar• Motivatie: Indien een patiënt niet voldoende gemotiveerd is/blijkt om het revalidatieproces succesvol te volbrengen (doelen te behalen) → Niet-revalideerbaar |
|---|---|

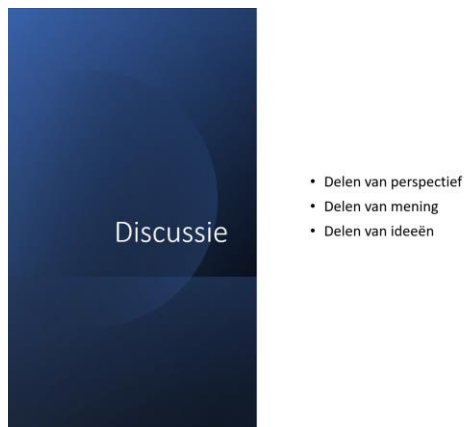
Fase 3: Delen van ideeën

Alle verzamelde resultaten worden voorgelegd aan de participanten. Er worden twee rondes gehouden waarbij overige ideeën worden uitgevraagd twee keer ± 5 minuten. De ideeën worden op het whiteboard verzameld. Hierbij zullen alle participanten één voor één afgegaan worden. Nadat de laatste participant de aanvulling heeft gedaan wordt er gevraagd in het algemeen of er nog toevoegingen zijn.

Fase 4: Discussie

Tijdens de discussie gaan de participanten elkaar vragen stellen over de ideeën die naar voren zijn gekomen twee keer ± 35 minuten. De zesde dia dient ter ondersteuning. Hierover gaat ze met elkaar in discussie. Het doel is dat iedereen de aangedragen ideeën begrijpt en dat ze eventueel beter geformuleerd worden. Hierbij wordt geen informatie weggehaald, alleen maar toegevoegd, samengevoegd of gegroepeerd.

De gespreksleider zorgt ervoor dat iedereen aan bod komt en dat geen meningen overmatig aan bod komen. De drie studentonderzoekers geven binnen dit proces geen enkele mening.



Fase 5: Rangschikken en stemmen

Tijdens de rangschikking wordt gebruik gemaakt van het overzicht met ideeën op het whiteboard. Hierbij worden nog eventuele aanpassingen gemaakt, met input van de groep ± 20 minuten. Ieder idee op het whiteboard wordt van een alfabetische letter voorzien. De participanten gaan met de overzichtelijke lijst de ideeën rangschikken in volgorde van belangrijkheid. Dit gebeurt individueel op een A4'tje met nummer 1 (meest belangrijk) tot en met nummer X (minst belangrijk). Ieder cijfer wordt eenmalig gebruikt. Na het verkrijgen van alle antwoorden wordt de prioritering van de participanten bij ieder idee vermeld. Bijvoorbeeld idee A, staat bij drie participanten op nummer 1 en bij twee participanten op nummer 3. Zo wordt een overzicht gemaakt bij elke idee waarbij een prioritering van acht participanten staat. Na dit proces wordt de prioritering gezamenlijk met de acht participanten uitgevoerd op basis van het verkregen overzicht. De zevende dient ter ondersteuning.



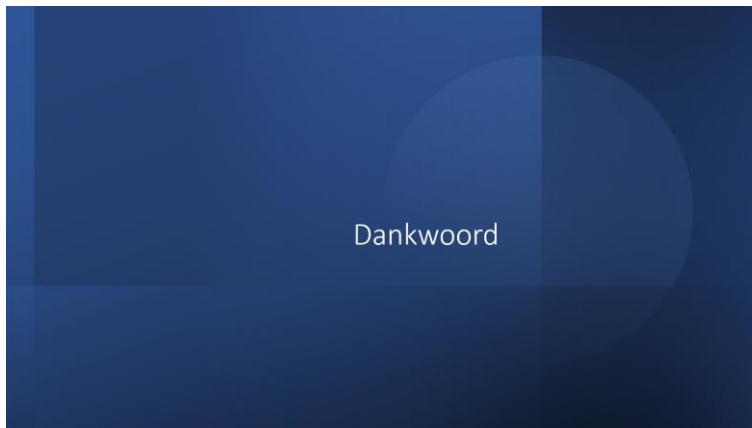
Fase 6: Conclusie

De uiteindelijke prioritering staat op het whiteboard vermeld. De NGT wordt afgesloten met het formuleren van de uitkomsten en wat er mee zal gebeuren $\pm$ 5 minuten. De achtste dia dient ter ondersteuning.



Fase 7 (extra): Dankwoord en evaluatie

Deze fase is puur voor de student onderzoekers, hier wordt de NGT besproken. Sterke en verbeterpunten worden aangehaald en er wordt besproken hoe hier in het vervolg mee kan worden omgegaan. Gemaakte fouten die van invloed zijn op het onderzoek worden besproken en geanalyseerd. De negende dia dient ter ondersteuning.



Bijlage 8 - Transcript NGT

Deelnemende participanten: medisch specialist 1, fysiotherapeut 1, 2 en 3 en ergotherapeut 1, 2 en 3.

Deelnemende studentonderzoekers: gespreksleider, ondersteunende rol en notulist.

Datum: 4 april 2023 van 14:00 tot 16:00 uur.

Locatie: Zuyderland Medisch Centrum, locatie Sittard-Geleen. Op afdeling West36 kamer 3.

Gespreksleider: Dan gaan we meteen door naar de eerste vraag, de vraag hebben de meeste van jullie of iedereen al gelezen: 'wat houdt naar uw mening de term 'niet-revalideerbaar' zijn in binnen de GRZ-Zuyderland'. We hebben alle antwoorden die door jullie gegeven zijn op de dia gezet jullie kunnen ze hopelijk allemaal lezen van de plek waar jullie zitten of niet?

Iedereen: Ja.

Gespreksleider: Oké dan ga ik de antwoorden nu even overlopen:

- Hangt af van de functionele prognose, belastbaarheid, leerbaarheid/trainbaarheid van de cliënt
- Samenwerking met de verwijzers speelt een rol
- Dat het niet realistisch is om met een patiënt in een revalidatie traject te zitten omdat er factoren zijn die een vooruitgang in de weg staan.
- Leerbaarheid van patiënt is te laag
- Er zijn geen (er kunnen geen) concrete doelstellingen geformuleerd worden vanuit de vorige setting waar de patiënt verblijft
- 'Niet-revalideerbaar' binnen GRZ-Zuyderland betekent dat de cliënt ondanks adequate en op maat ondersteuning en begeleiding van multidisciplinaire professionals niet leert omgaan met zijn beperkingen waardoor en veiligheid en zelfredzaamheid niet gegarandeerd kan worden. Opmerking: bieden wij wel voldoende ondersteuning/begeleiding op maat als professionals?
- Door bepaalde factoren (zie 2) geen effectieve bijdrage kunnen/willen leveren aan het eigen revalidatieproces, waardoor de mate van herstel die eigenlijk behaald zou kunnen worden stukje bij beetje afneemt. En hierdoor ook het algeheel functioneren en de zelfredzaamheid negatief beïnvloed worden.

- ‘Niet-revalideerbaar’ zijn is niet “voldoen” aan de doelstelling van de GRZ, welke terugkeer naar huis is.
- Als tijdens de opname van een GRZ-patiënt blijkt dat er geen haalbare revalidatiedoelen gesteld kunnen worden of dat blijkt dat deze doelen niet behaald kunnen worden tijdens de opnameduur, of helemaal niet, is een patiënt niet geschikt voor een revalidatieproces, oftewel, ‘niet-revalideerbaar’. Onder haalbare revalidatiedoelen wordt in dit geval gesteld dat een patiënt doelen moet hebben waarbij een zelfstandig niveau in de thuissituatie haalbaar is. Een zelfstandig niveau is in dit geval een niveau waarbij een patiënt met of zonder ondersteuning kan functioneren in een al dan niet aangepaste woonsituatie.

Zijn er hier nog punten die jullie missen?

Fysiotherapeut 3: Ik mis niet zo zeer iets, maar ik vraag me alleen af wat verstaan we onder functionele prognose? Hoezo noemen we de functionele prognose? Heeft diegene die dat van ons heeft geschreven iets van nadere uitleg over de functionele prognose?

Gespreksleider: Het kan zijn dat diegene, van wie het antwoordt is, er vandaag niet is.

Fysiotherapeut 3: Ja, dat zou kunnen.

Ergotherapeut 3: Ik heb bij het volgende puntje wel iets gezegd over prognose. Dat het te maken heeft met dat sommige mensen worden opgenomen met bijvoorbeeld: ‘er was laatst een cliënt en hij had een prognose die niet bekend was’. De cliënt wordt wel opgenomen maar vervolgens is de cliënt ‘niet-revalideerbaar’.

Fysiotherapeut 3: Ja.

Ergotherapeut 3: Dus ja, dat is eigenlijk een stukje triage.

Fysiotherapeut 3: Nee ik begrijp de prognose wel, maar meer is dat niet zo functioneel.

Fysiotherapeut 1: Ik denk dat het wordt gesteld als prognose van het functioneren. Wat is de prognose voor het functioneren en is dat haalbaar?

Fysiotherapeut 3: Ja, is dat functioneren van toegevoegde waarde.

Fysiotherapeut 2: Ik heb een vraag over de één na laatste, daar staat dan dat de doelstelling van de GRZ de terugkeer naar huis is, maar ik twijfel daaraan, want soms is het dat ook dat de patiënt gerevalideerd wordt waarvan je al weet dat naar huis gaan niet meer realistisch is. Maar waar we wel proberen de patiënt zo goed mogelijk te krijgen voor welke zorg instelling dan ook. Of zeg ik nou iets gekks? Is het niet altijd terug naar huis de...

Ergotherapeut 2: Maar dat is eigenlijk hetzelfde als wat helemaal als laatste staat. Dat staat ook ergens middenin van wat bij een zelfstandig niveau in de thuissituatie haalbaar is en daarna komt iets van het functioneren in een al dan niet aangepaste woonsituatie met of zonder ondersteuning.

Fysiotherapeut 1: Ja ik denk...

Fysiotherapeut 2: Ik denk dat dat meer logisch is.

Ergotherapeut 2: Ja.

Fysiotherapeut 2: Want naar huis, soms weten we deze patiënt gaat niet meer terug naar huis, maar we gaan hem wel nog zo goed mogelijk krijgen voor andere situaties.

Fysiotherapeut 1: ...Ik denk dat die thuissituatie inderdaad ook van een eens gezinswoning naar een aangepast appartement kan zijn of naar een aanleunwoning.

Fysiotherapeut 2: Ja precies, deze mensen gaan al naar een aanleunwoning maar zijn wel nog revalideerbaar.

Fysiotherapeut 1: Ja.

Fysiotherapeut 3: Ja.

Medisch specialist 1: De vraag is wil je: 'niet-revalideerbaar' in algemene zin beantwoorden want bij 9B revalideren we ook mensen of wil je de 'niet-revalideerbaarheid' op een GRZ beantwoorden en als je de 'niet-revalideerbaarheid' op een GRZ wilt beantwoorden met die vraagstelling dan klopt de één na laatste zin helemaal, want in principe moet iedereen 100% van de patiënten van de GRZ naar huis gaan want dat is de doelstelling van de GRZ.

Ondersteunende rol: Even een toevoeging het gaat hier puur over de revalideerbaarheid op een GRZ.

Medisch specialist 1: Ja.

Fysiotherapeut 2: Nee dan is het wel duidelijk.

Medisch specialist 1: In principe moet 100% naar huis gaan.

Fysiotherapeut 1: Ja.

Medisch specialist 1: Er wordt inderdaad een marge gesteld vanuit de overheid waar wij op gekeurd, getoetst en ook betaald naar worden. Dat je sommige mensen wel naar een instelling mag laten gaan, maar als je over die drempel heen gaat dan gaat de overheid zeggen je krijgt geen geld.

Fysiotherapeut 2: Ja.

Medisch specialist 1: Dus dan krijg je een te kort als instelling.

Fysiotherapeut 2: Nee, goed om te weten want de praktijk is soms anders nu, maar dan zal dat wel met die marge te maken hebben.

Medisch specialist 1: Een situatie met een aanleunwoning is ook naar huis hè.

Fysiotherapeut 1: Ja.

Medisch specialist 1: Naar huis betekent dat je niet naar een zorginstelling gaat. Een aanleunwoning is geen zorginstelling.

Fysiotherapeut 2: Oké.

Medisch specialist 1: Een zorginstelling is echt een ZZP 4, 5, 6 of een hospice.

Fysiotherapeut 2: Oh ja hospice.

Gespreksleider: Dan is die 100% regel wel heel belangrijk voor de definitie van het 'niet-revalideerbaar' zijn.

Medisch specialist 1: Officieel moet eigenlijk iedereen naar huis gaan.

Fysiotherapeut 1: Dat is de instelling ook vanuit de landelijke richtlijn.

Ergotherapeut 1: Maar als je in een gezinswoning woont en je gaat naar een aanleunwoning dat telt niet hè?

Fysiotherapeut 1: Dat was net inderdaad.

Medisch specialist 1: Ja want dan ga je naar huis.

Ergotherapeut 1: Dus waar je wel van adres verandert.

Fysiotherapeut 2: Dus je moet wel evenveel naar huis kunnen?

Ergotherapeut 1: Dus als iemand 'niet-revalideerbaar' is gaat deze niet rechtstreeks naar huis?

Ergotherapeut 3: Het gaat om een zelfstandige woonsituatie.

Fysiotherapeut 1: Precies.

Medisch specialist 1: Precies dus bewijze van spreken bij de dochter in wonen.

Ergotherapeut 1: Jaja.

Fysiotherapeut 1: Zolang je niet een Wlz een 4 5 of 6 hoeft aan te vragen.

Medisch specialist 1: Klopt inderdaad zodra je geen Wlz gaat betrekken, hierbij geldt ook 9b maar dat is dan weer revalidatie maar misschien is de Wlz dan de beste definitie daarvoor.

Ergotherapeut 1: Ja.

Fysiotherapeut 3: Maakt het dan ook uit hoe autonoom iemand is? Dus met hulp eventueel om hem heen dus naar een autonome situatie terug naar huis, want we functioneren autonoom thuis.

Medisch specialist 1: Ja, thuiszorg en dagbesteding enzovoort dat mag allemaal, want je slaapt onder je eigen dak en daar gaat het om. Wat je overdag allemaal doet is je eigen probleem maar je slaapt onder je eigen dak.

Fysiotherapeut 3: Ja, dat valt mij nou typisch op. Alle dingen die daar een plaats hebben kun je terugvoeren naar mijn mening tot op eentje na, naar de trainbaarheid, leerbaarheid of doelstellingen die haalbaar zijn. Volgens mij kun je dat allemaal terugvoeren naar die termen. Behalve daar in het midden, de opmerking bieden wij wel de voldoende ondersteuning als professionals, dat vraag je je af maar dat past eigenlijk volgens mij niet in het plaatje.

Fysiotherapeut 1: Nee, ik denk dat dit puur gaat over de patiënt aanzich. Is een patiënt revalideerbaar en dan is de randvoorwaarde denk ik dat wat de patiënt nodig heeft aanwezig is. Dat doen we ook eigenlijk vanuit de praktijk.

Fysiotherapeut 3: Ik zou die opmerking eerder willen schrappen.

Medisch specialist 1: Iets interessants voor een andere vergadering.

Fysiotherapeut 2: Ja dat brengt inderdaad dan een beetje verwarring.

Fysiotherapeut 3: Dat zegt inderdaad niks over 'niet-revalideerbaarheid'. Dat zegt eerder iets over voorwaardes of randvoorwaarden, of iets over een goede revalidatie setting.

Medisch specialist 1: Ik merk, en daar maak ik me stiekem schuldig aan, dat ik dit niet heb ingevuld vooraf omdat wij zeeën van mails krijgen. Wat ik heel erg mis is de cognitie van de patiënt.

Fysiotherapeut 1: Ja dat komt bij de volgende. Dan wordt de randvoorwaarde...

Medisch specialist 1: Maar hier staat wat houdt naar uw mening in wat 'niet-revalideerbaar' is.

Fysiotherapeut 1: ...Bij de volgende vraag worden echt de factoren van 'niet-revalideerbaarheid'... Ten minste ik heb daar wel cognitie staan.

Gespreksleider: Daar kan ik inderdaad op antwoorden. Cognitie hebben we vaak gezien bij de antwoorden. Maar wat ik bij deze begrippen die jullie noemen mij af vraag is: wat verstaan jullie dan onder die trainbaarheid? Wat verstaan jullie onder die leerbaarheid? Want dat zijn ook hele open begrippen.

Fysiotherapeut 1: Is dat misschien iets voor de volgende? Want bij vraag twee hebben wij het over de factoren en ik weet, dat ik er daar een aantal van benoem.

Gespreksleider: Ja is goed.

Fysiotherapeut 3: Is wel leuk, want je kunt hier bij leerbaarheid afvragen, hoe is het verband tussen leerbaarheid en automatisme bij mensen met mogelijk dementieel probleem. Die kun je trainen op automatisme. Dus daar ligt een bepaalde mate van leerbaarheid achter. Dus die patiënt zou je kunnen accepteren op een revalidatiesetting. Is maar de vraag of die meer gediagnosticeerd moeten worden.

Medisch specialist 1: Waar ik in het ziekenhuis altijd over val is dat er heel vaak een opmerking staat 'de patiënt is instrueerbaar'.

Fysiotherapeut 3: Instrueerbaarheid zegt niet alles over leerbaarheid.

Medisch specialist 1: Instrueerbaarheid is ook een aapje.

Iedereen: Ja precies.

Fysiotherapeut 3: Want mensen die niet leerbaar zijn, zijn misschien wel instrueerbaar.

Medisch specialist 1: Vooral als je die vraag aan de fysio stelt. Doe ik soms wel bij de triage de fysio vanuit het ziekenhuis bellen en dan vraag ik je schrijft op dat patiënt instrueerbaar is maar is die ook leerbaar want als ik het verpleegverslag lees dan is die niet leerbaar.

Fysiotherapeut 2: Ja dat is een goede.

Fysiotherapeut 3: Ja, dat is een verschil.

Medisch specialist 1: En dan zeggen ze daar heb je misschien wel gelijk in. Maar onder die valse voorwensen wordt die wel eerst bij ons aangemeld want er staat de patiënt is instrueerbaar punt. En dan denkt iedereen oké die kan naar de GRZ, maar waarom doen wij dan zo moeilijk dat die niet mag komen?

Fysiotherapeut 1, fysiotherapeut 2 en fysiotherapeut 3: Ja, dat is een verschil.

Medisch specialist 1: En instrueerbaar, ja, ik denk dan wat heb ik aan dat woord.

Fysiotherapeut 1 en fysiotherapeut 3: Niks.

Medisch specialist 1: Niks. Dat woord moeten we gewoon uitbannen uit onze ABN in het ziekenhuis en de GRZ-afdeling. Dat woord zegt helemaal niks of een patiënt instrueerbaar is.

Fysiotherapeut 1: In principe kijk je op het moment dat iemand leerbaar is, automatisch ook of die instrueerbaar is...

Medisch specialist 1: Exact.

Fysiotherapeut 1: ...Maar als iemand wel instrueerbaar is wil dat niet zeggen dat hij ook meteen leerbaar is.

Medisch specialist 1: En mensen gebruiken die termen toch door elkaar. Sommige denken dan toch dat dat hetzelfde betekend dus wat gaan we als definitie nemen bij die vorige vraag.

Gespreksleider: Daar komen we nog op terug.

Medisch specialist 1: O ja, dat komt op het einde terug.

Gespreksleider: Dit gaat dus inderdaad over die factoren en kenmerken er staan er een aantal dubbel in. Die hebben we zo gelaten omdat de één gewoon cognitie heeft benoemd

en een ander heeft bijvoorbeeld cognitie en executieve functies, leerbaarheid, motivatie dus een uitgebreider antwoord erbij gegeven. Wij wilden daar niet in gaan differentiëren.

Aan de linkerzijde startten we dan:

- Cognitie
- Motivatie van de revalidant
- Irreële verwachtingen
- Bijkomende actuele ziektebeelden 'toeters en bellen' vanuit de kliniek
- Verminderde cognitie: Niet instrueerbaar of leerbaar, delirant, sommige vormen van dementie
- Sociale opname zonder duidelijke doelen
- Vaak ook een samenloop van bovenstaande opsomming en niet specifiek 1 item
- Te lage leerbaarheid
- Het niet kunnen formuleren van doelstellingen.
- Belastbaarheid
- Prognose
- Fysieke omgeving
- Sociale omgeving of netwerk.
- Cognitie (executieve functies, leerbaarheid, motivatie etc.), NVF voorheen (al (gedeeltelijk) begeleid wonen), bepaalde mate van zorg betrokken (HH, TZ), zonder partner en/of sociaal netwerk), onderliggende medische problematiek die op de voorgrond staat los van opname-indicatie
- M.a.w. de functionele mogelijkheden zijn te beperkt, om veiligheid en zelfredzaamheid in thuissituatie te garanderen.
- Client heeft dusdanige cognitieve problemen waardoor er geen inzicht of onvoldoende inzicht is in eigen functioneren. Cognitieve problemen tgv NAH of dementieel beeld.
- 'Niet-revalideerbare' cliënten kunnen mits een adequaat netwerk toch terug naar hun thuissituatie.
- Mobiliteit: Welk niveau van mobiliteit is minimaal benodigd om in de thuissituatie te kunnen functioneren, is dit niet haalbaar → 'niet-revalideerbaar'
- Zorg (Planbaar of niet): Op het moment dat er sprake is van on-planbare zorg kan een patiënt niet zelfstandig thuis wonen → 'Niet-revalideerbaar'
- Cognitie: Indien er cognitieve problemen zijn waardoor het niet haalbaar is voor de patiënt om (zelfstandig) veilig in de thuissituatie te zijn

- Motivatie: Indien een patiënt niet voldoende gemotiveerd is/blijkt om het revalidatieproces succesvol te volbrengen (doelen te behalen) → 'Niet-revalideerbaar'

Zijn er hier nog factoren waarbij jullie zoiets hebben die moeten we nog wat toelichten of zijn er nog andere factoren die meespelen?

Fysiotherapeut 3: Ja, ik heb in ieder geval onder motivatie ook intrinsiek vermeld, dat is natuurlijk een lastige om achter te komen, met de extrinsieke en intrinsieke motivatie.

Fysiotherapeut 1: Ja, maar motivatie is motivatie als die niet genoeg motivatie heeft dan gaat het hem niet worden.

Fysiotherapeut 2: Maar dat kan ook nog veranderen hè?

Fysiotherapeut 3: Dat kan veranderen en je hebt mensen die blijken gemotiveerd te zijn maar als je daarmee aan de slag gaat dan blijkt dat die geen intrinsieke motivatie heeft. Dus dat is een lastige vind ik, motivatie alleen is te breed want dat dekt niet alle lading van de patiënten die hier komen.

Fysiotherapeut 1: Ja, maar onder streep als het nu intrinsieke of extrinsiek motivatie is tijdens het revalidatieproces moet de patiënt op een of andere manier gemotiveerd blijken. Als dat niet zo is intrinsieke of extrinsiek dan houdt het op.

Fysiotherapeut 2: Maar soms zit er een hoge psychologische belasting op bij een patiënt. Waarbij je ook een stukje hebt.... Die hebben we hier nog niet echt benoemd na bijvoorbeeld een behoorlijke ziekenhuisopname sommige mensen die daar echt even van moeten bijkomen en daar ook hulp bij nodig hebben en dan pas tot iets kunnen komen. Dus die eerst een stukje moeten verwerking kijk naar een CVA die mensen moeten ook een stukje eerst begeleid worden bij de verwerking en dan kunnen ze soms...

Fysiotherapeut 1: Maar dan kom je uiteindelijk ook op het punt waar motivatie moet komen.

Fysiotherapeut 2: Ja precies dat wel.

Fysiotherapeut 3: Ja, je zegt dat terecht fysiotherapeut 1, maar dan gaat het om een stukje opname en je hebt veel informatie van tevoren nodig.

Fysiotherapeut 1: Ja maar het gaat niet om de triage.

Fysiotherapeut 3: Nee, ja het gaat niet om de triage maar het gaat over de 'niet-revalideerbaarheid' het gaat over die term 'niet-revalideerbaar'. Maar ik denk ook wat fysiotherapeut 2 een beetje zegt dat hard nodig is dat we de goede informatie krijgen in de ziekenhuissetting van de mensen. Wat jij bijvoorbeeld zegt die enorm veel hebben doorgemaakt op een hele korte tijd mogen niet gemotiveerd lijken, maar ik bedoel als iemand, als wij daar nog mee hebben gewerkt dat je er wel uit kan halen dat die intrinsieke motivatie er wel is. Want het gaat eigenlijk om de informatie vooraf die heel belangrijk is voordat je iemand...

Fysiotherapeut 1: Daar gaat dit niet over, dit gaat over iemand die 'niet-revalideerbaar' blijkt. Het gaat niet over iemand die binnen komt en waarvan gezegd wordt aan de voordeur... waarvan aan de voordeur besloten wordt of die wel of niet revalideerbaar is. De vraag is na het revalidatieproces bijvoorbeeld iemand gaat weg en is deze patiënt revalideerbaar ja of nee. We hebben vaak genoeg dat mensen 'niet-revalideerbaar' blijken, dat mensen naar het ziekenhuis gaan en toch weer terugkomen en daar is de vraagstelling vanuit gekomen. Het is niet zo zeer aan de voordeur besluit of iemand gemotiveerd is. Het is: blijkt iemand wel of niet revalideerbaar.

Fysiotherapeut 3: Ja maar dat is een hele essentiële, want het gaat niet om de uitstroom. Het gaat ook om de instroom naar mijn mening.

Fysiotherapeut 1: Dat is een andere vraag.

Gespreksleider: Is dat zo?

Fysiotherapeut 3: Ja, maar 'niet-revalideerbaarheid'.

Fysiotherapeut 1: Ja, zoals ik het begrijp wel.

Fysiotherapeut 3: De 'niet-revalideerbaarheid' daar hebben we het net ook over gehad. Is ook belangrijk aan de voordeur en hoe heb je de beste informatie om bij de voordeur te besluiten, is die patiënt revalideerbaar of 'niet-revalideerbaar' dat gaat niet om de achterdeur naar mijn mening.

Ergotherapeut 3: Naar mijn mening gaat het ook inderdaad over zowel voordeur als achterdeur.

Fysiotherapeut 3: Ja he.

Ergotherapeut 3: Want je wilt eigenlijk bij die triage al een idee krijgen van heeft de GRZ nut? Heeft iemand de voorwaarden om het traject te doorlopen?

Fysiotherapeut 1: Jazeker.

Fysiotherapeut 3: Ja omdat jij dat zegt van vooraf heb ik aan de term instrueerbaar niks, nee, natuurlijk niet omdat dat niks van de lading dekt. De term motivatie is een heel belangrijk iets. Mensen kunnen misschien wel leerbaar zijn, of er zijn misschien doelen haalbaar. Maar als wij zien dat die motivatie er eigenlijk in het voor traject niet is met een bepaalde reden, kun je al besluiten om die patiënt niet te laten opnemen. Ik bedoel dat is een harde maar die informatie wat uit de ziekenhuissetting komt, die behandelrelatie, wat gedaan is, is een hele belangrijke voor de term bij de voordeur denk ik.

Medisch specialist 1: Ik denk zeker dat je het inderdaad moet proberen naar de voordeur te trekken. De onderzoeksvraag is wel bij de achterdeur ontstaan. De onderzoeksvraag is bij ons op West26 ontstaan omdat wij heel veel draaideur patiënten hadden. Op een gegeven moment lag er een patiënt om 11 uur in de ochtend bij ons en kwamen we er toen dat die patiënt 3 maanden geleden bij ons heeft gelegen en dat we daar niks mee hebben gekund.

Fysiotherapeut 3: Nee, nee goed daar ben ik het helemaal met je eens.

Medisch specialist 1: Dus de onderzoeksvraag is gestart op het eind van het traject waar wij (medisch specialisten) sommige patiënten 'niet-revalideerbaar' vinden. Deze patiënten gaan toch naar huis in een goede zin. Want er staat nergens dat patiënten niet naar huis toe kunnen als ze 'niet-revalideerbaar' zijn. Maar toen heb ik gezegd waarom besluiten wij

niet als expertiseteam. Wij hebben die patiënt lang gezien en als wij nu al niet kunnen zeggen dat die patiënt 'niet-revalideerbaar' is, dan kunnen we ook niet eisen dat in een ziekenhuis, waar één ergo- en fysiotherapeut twee keer de patiënt zien, dat hun kunnen zeggen dat die 'niet-revalideerbaar' is. Dus nu moeten wij eigenlijk een standpunt innemen, deze patiënt is 'niet-revalideerbaar' en dit expliciet in de decursus zetten zodat die ook nooit meer terug naar ons toe komt. En daar is toen deze onderzoeksvraag uit gekomen en daar hebben we bedacht: maar wat hebben we nodig om keihard te zeggen dat een patiënt 'niet-revalideerbaar' is? Want een patiënt komt revalideren voor een CVA maar soms ook voor een gebroken heup. Als je dan voor een CVA 'niet-revalideerbaar' bent, ben je dan gelijk ook automatisch 'niet-revalideerbaar' met een gebroken heup? En daar is toen dit idee over gekomen en deze onderzoeksvraag uit voort gekomen.

Fysiotherapeut 3: Nee, oké ik heb wel...

Medisch specialist 1: En ik denk dat het fijn is dat we dit misschien naar de voorkant ook een keer gaan gebruiken. Maar ik denk dat het met name wat fysiotherapeut 1 zegt dat we echt moeten nadenken wanneer vinden wij dat iemand onder onze behandeling uiteindelijk 'niet-revalideerbaar' is.

...: maar dan ga ik toch even op door omdat dat een hele essentiële is. Ik ben het met je eens, het is bij de achterdeur ontstaan. Ik hoor de verhalen van jou. Ik hoor de verhalen van de opdrachtgever, maar is het dan niet zo dat je daar bij de achterdeur je lering eruit haalt omdat daar de onderzoeksvraag is gekomen. En om beter van de voordeur uit te gaan, want dat is toch ook een gevolg.

Medisch specialist 1: Zeker.

Fysiotherapeut 3: Dat je dus nu leert en wat je nu doet, helpt je straks waarschijnlijk iets meer mee bij de voordeur. Of niet? Of zie ik dat verkeerd?

Medisch specialist 1: Het zou zeker handig zijn als we dat bij de voordeur kunnen trekken, maar je wilt niet weten. Ik ben dan een vrij streng persoon bij de triage. Ik weiger er best wel veel, maar je wilt niet weten wat ze ons allemaal aanbieden.

Fysiotherapeut 3: Ja, maar dat weten wij ook.

Fysiotherapeut 1: Ja.

Medisch specialist 1: Ja jullie zien alleen natuurlijk de krippels hier die binnen komen die we niet kunnen revalideren, maar er wordt ook een x aantal weggehouden die jullie helemaal niet zien.

Fysiotherapeut 2: Ja daar hebben wij geen idee van.

Medisch specialist 1: Ja maar dan heb je soms. Echt dan denk je wat wordt er aangeboden. Wie verzint het om dit überhaupt aan te bieden? Na drie regels lezen, ben ik dan al klaar zal ik maar zeggen. Alleen een aantal collega's van mij die hebben zoiets van we zien wel als diegene hier is. En ik denk dan van ik heb nu de kans om het tegen te houden en over een week heb ik dat niet meer. Maar ik denk dus zeker dat het handig is dat we nadenken over hoe kunnen we revalideerbaarheid ombuigen naar de voorkant toe en vragen wat willen wij überhaupt weten over een patiënt voordat wij zeggen of die wel of niet mag komen.

Fysiotherapeut 1: Maar als we even...

Medisch specialist 1: En de vraag is moet de dokter alleen de triage doen. Dat hebben we ons al heel vaak afgevraagd. Waarom doen wij alleen de triage?

...In de richtlijn staat dat niveau 4 en 5 verpleegkundige ook eigenlijk de triage mogen doen voor een GRZ-instelling.

Medisch specialist 1: Ja ik doel meer op dat jullie dan gaan triageren in plaats van de verpleegkundigen. Want ik weet niet als een verpleegkundige gaat triageren of het dan veel beter wordt. Maar de vraag is waarom doet de arts alleen de triage. En ik snap natuurlijk dat wij de laatste toezegging hebben omdat dat natuurlijk hiërarchisch zo bepaald is, maar is dat niet een absolute aanname?

Fysiotherapeut 2: Of een multidisciplinaire iets? Dat je een bespreking hebt met meerdere.

Fysiotherapeut 1: Ja maar dan heb je ook de tijds investering.

Fysiotherapeut 2: Ja dat is zeker waar.

Fysiotherapeut 1: Plus...

Medisch specialist 1: Maar je moet denken in mogelijkheden, niet in onmogelijkheden, want daarom zitten we vandaag niet om het GRZ-management probleem op te lossen. We zitten vandaag om de collega's te helpen om de vraagstelling voor het 'niet-revalideerbaar' zijn te beantwoorden.

Gespreksleider: Maar je geeft vooraf aan dat als je daar tijd gaat investeren om die triage te gaan doen bijvoorbeeld als fysiotherapeut of dat het waard is. Ik denk dat het een heel goede vraag is maar inderdaad niet van toepassing is op onze vraag die we willen beantwoorden. Met het bepalen van dat 'niet-revalideerbaar' zijn, hoor je wel hoe belangrijk het is wat jullie mening daarover is met daarbij de vraag of het niet multidisciplinair moet gebeuren eigenlijk.

Medisch specialist 1: Het zijn natuurlijk allemaal vrij algemene dingen. Je hebt sociale omgeving en irreële verwachtingen. Ik mis een beetje het huis op zich, want wij hadden laatst op West26 iemand die in zijn huis zes trapjes had op en af door het hele huis. Dus als je die naar huis zou willen laten gaan, dan moesten we vier trapliften installeren. Of wat was het ergotherapeut 1?

Ergotherapeut 1: Ja.

Medisch specialist 1: Ja er moesten vier trapliften geïnstalleerd worden. Als we dit natuurlijk van tevoren hadden geweten bij een CVA-patiënt dan was je natuurlijk nooit aan een GRZ begonnen.

Ergotherapeut 3: Ik heb dat toegevoegd bij mij. Ik heb fysieke omgeving toegevoegd en daar doel ik daarmee op (het huis).

Medisch specialist 1: Ja precies.

Fysiotherapeut 3: Oké.

Medisch specialist 1: Dus ik denk dat dat (het huis) soms vergeten wordt en de irreële verwachtingen van de mantelzorger.

Fysiotherapeut 2: Maar die had ik niet zo door. Dus dit zou dan voor jou een reden zijn om bij een CVA-patiënt met zes trappen een heel revalidatietraject GRZ van de baan te halen?

Medisch specialist 1: Ja en succes dan op een 9B. Als het dan lukt mag die naar huis en lukt het niet mag diegene de instelling in. Met de 9B kun je nog steeds naar huis he.

Ergotherapeut 3: In het ziekenhuis zijn ze daar wel zo streng op want in Heerlen wordt echt in het MDO gekeken. Als iemand echt zes trapjes heeft, wordt er serieus afgevraagd of het een revalideerbare cliënt zelf is of de fysieke omgeving daar verantwoordelijk voor is.

Fysiotherapeut 2: Je kunt ook zeggen die mensen gaan verhuizen naar een appartement. Dan regelen zij zelf dat ze naar een appartement gaan.

Medisch specialist 1: Maar regel je dat binnen een GRZ opname van 6-8 weken gemiddeld gezien?

Fysiotherapeut 2: Oh zo ja oké. Dus dan instelling en dan kunnen ze vanuit de instelling naar huis het nieuwe huis?

Medisch specialist 1: Ja dat nog niet eens eigenlijk, maar je kunt niet verwachten dat iemand een nieuw huis koopt in een GRZ opname van 6-8 weken. Want dat kan gewoon niet.

Gesprekleider: Even een vraag medisch specialist 1, zijn dat dan ook die irreële verwachtingen?

Medisch specialist 1: Ik denk dat dat irreële verwachtingen zijn maar mis iets heel erg vanuit het ziekenhuis. Daar wordt iemand aangemeld en wij krijgen wel een formulier. Ik weet niet of jullie wel eens zo een formulier te zien krijgen, maar dat is echt gewoon een shit load aan decursussen, die gecopy-pastet zijn onder elkaar. En dan moet ik maar uitzoeken wat ik nou wel en niet belangrijk vind. Terwijl ik denk waarom verzinnen wij niet wat belangrijke GRZ-doelen. Die vragen moeten door de kliniek beantwoord worden en die leveren ze dan in. Dan kun je dus als GRZ-doel zetten: wat is de lijfelijke woonomgeving bijvoorbeeld. Dan gaan ze ook veel logischer nadenken. Oh ja inderdaad die wonen op een

hele grote boerderij is misschien niet handig dat die naar een CVA nog teruggaat naar de boerderij. Waar die helemaal alleen woont en een broer heeft die 80 is.

Fysiotherapeut 2: Mag ik daar even op inhaken want stel je neemt het voorbeeld van een CVA-patiënt met die 6 trapjes. We weten dat een revalidatie na een CVA binnen een GRZ-instelling of Adelante bijvoorbeeld een andere intensiteit is dan in een verpleeghuis instelling. Dan zou je inderdaad zeggen die patiënt wordt afgewezen vanwege die 6 trapjes. Dan worden voor zijn GRZ-doelen voor lopen/ transfers aangeboden dan dat die in een verpleeghuis terecht komt. Ik vind dat persoonlijk erg streng want dan wordt zo een patiënt een revalidatie traject ontzegt.

Ergotherapeut 1: Ik denk ook dat Medisch specialist 1 het een beetje zwart wit stelt. Ik denk dat je ook kijkt naar hoe beschadigd iemand is. Hoelang ligt iemand al in het ziekenhuis want wat is je verwachting?...

Fysiotherapeut 2: Snap je een beetje?

Ergotherapeut 1: ...Want is er wel een netwerk of is er geen netwerk? Maar hij stelt het nu heel zwart wit CVA en je hebt 6 trappen dus je komt er niet in. Nee daar zijn meer componenten die meespelen.

Fysiotherapeut 2: Nee dat is goed om te weten.

Fysiotherapeut 1: Nee maar het is wel...

Medisch specialist 1: Je moet je wel bedenken dat een 9B en GRZ niet zoveel verschillen.

Fysiotherapeut 2: Nee misschien hebben wij daar geen zicht op.

Medisch specialist 1: Qua therapietijden hier en bij een 9B zit niet veel verschil. Bij een 9B krijgen ze ook 2-3 keer per week fysiotherapie.

Fysiotherapeut 2: Ja dat is wel minder bij CVA-patiënten.

Fysiotherapeut 3: Als je een goede CVA-patiënt hebt dan zou je die bijvoorbeeld binnen 6 weken wel aan het traplopen kunnen krijgen. Maar dat is het moeilijke om daarvan een prognose te stellen want je onttrekt hem dat eigenlijk.

Medisch specialist 1: Nee dat is niet waar. Vanuit een 9B mag je ook naar huis toe. Alleen je moet het zien dat op de GRZ gaat 100% bewijzen van spreken 90% gaat naar huis en 10% gaat de instelling in. En bij een 9B is het andersom 90% gaat de instelling in en 10% gaat nog naar huis toe.

Fysiotherapeut 3: Ik vind het als fysiotherapeut moeilijk om die scheidingslijn te maken tussen hier en de 9B. Daar heb ik eigenlijk te weinig informatie over.

Gespreksleider: Om terug te gaan naar dit gedeelte. Wat vind jij dan als fysiotherapeut wat iemand wel of niet nodig heeft? Als je dan gaat kijken op fysiek vlak waar moet een patiënt voor mij aan voldoen om het te kunnen doen?

Fysiotherapeut 3: Ja we hebben het net over CVA's gehad maar de CVA's zijn soms te snel hier om überhaupt een prognose te stellen. Want wat hebben ze in die paar dagen bereikt of wat kunnen ze dan bereiken? Dat is natuurlijk heel lastig. Je kunt wel zeggen bijvoorbeeld hoe is de leerbaarheid. Je kunt meer zeggen over cognitie. Je weet die fysieke thuissituatie dus die moet je meepakken. Wat heel belangrijk is een stukje mantelzorg. Zijn mensen alleenstaand of is er een vitale partner. Dat kun je wel al inschatten en dat wordt vaker denk ik in heel veel situatie überhaupt gemist. Hoe is die sociale omgeving? Wat heeft die voor de tijd van hobby's gedaan? Hoe was zijn bereikbaarheid? Hoe was zijn horizon? Dan krijg je al veel meer informatie van een patiënt en krijg je meer actie van is dat iets voor hier of niet.

Gespreksleider: Dan zeg je bij een CVA-patiënt dat het heel moeilijk is om dat te zien en dat het van iedere patiënt afhankelijk is.

Fysiotherapeut 3: Het is niet zo moeilijk te zien maar ik bedoel die informatie weet ik van horen zeggen die is er vaak te weinig nog.

Fysiotherapeut 1: Wat hier nu op verschillende manieren wordt gezegd, is dat er eigenlijk behoefte is naar een bepaalde vorm van triagering tool waarin een multifactorieel beeld wordt uitgevraagd. Zowel over het fysieke, cognitieve functioneren en sociale omgeving. Ik denk dat het heel handig is maar dat we dan nog altijd een vraag krijgen met de 'niet-revalideerbaarheid'.

Gespreksleider: Stel als we daar in die omgeving toch bezig zijn. Je gebruikt die triagetool. Dan moeten we nog steeds kunnen zeggen, in die tool, dit is 'niet-revalideerbaar' met die omgevings factoren. Ik denk dat dat ook een leuke terugkoppeling is.

Medisch specialist 1: Maar nu moet je opletten met je woorden want ik denk dat daar de verwarring zit. Het 'niet-revalideerbaar' zijn voor een GRZ-instelling is het naar huis te gaan met de huidige zorg die ze hebben. Want ze zijn wel revalideerbaar op een 9B om daar naar huis te gaan. Dat betekent dus niet dat ze niet gerevalideerd worden maar alleen je insteek van de revalidatie net iets anders is.

Fysiotherapeut 2: Dat is wel een hele goede samenvatting want eigenlijk dat 'niet-revalideerbaar' zijn binnen de GRZ moet je aanvullen met om naar huis te gaan.

Medisch specialist 1: Ja precies. Dus 'niet-revalideerbaar' zijn betekent niet dat de patiënt helemaal niks meer kan maar je moet nadenken deze patiënt is 'niet-revalideerbaar' met als doel naar huis gaan.

Fysiotherapeut 2: Ja daar moeten we over...

Fysiotherapeut 1: Volgens de eisen van de GRZ.

Medisch specialist 1: Ja en een CVA is zeker revalideerbaar om dan naar een 6 weg te gaan en niet in een 5 instelling terecht te komen bewijze van en daarom duurt een 9B ook 9 maanden in plaats van 3 maanden. Dus ik denk dat je goed moet nadenken dat iemand 'niet-revalideerbaar' is binnen een GRZ. Dat je dan niet moet denken dat je die patiënt niet kunt revalideren om beter te laten worden. Maar het doel is naar huis gaan en wanneer vinden wij dat iemand 'niet-revalideerbaar' is om naar huis toe te gaan.

Fysiotherapeut 2: Ja dat is een hele belangrijke aanvulling denk ik. Dat geeft anders verwarring.

Fysiotherapeut 1: Ja eigenlijk staat het er al. Als we puur kijken naar het 'niet-revalideerbaar' zijn van de GRZ. Dat die kwaliteitseisen daarin gelden.

Ergotherapeut 1: Wat ik nog een beetje mis in dat rijtje is de fysiek mogelijkheden van een cliënt. We hebben wel eens cardiale patiënten die zo weinig pompfunctie hebben. We hebben COPD-patiënten die eigenlijk in een soort terminale fase zitten die hier ook opgenomen worden en die niet meer naar huis kunnen omdat dat zo veel angst met zich meebrengt. Dus het fysieke stukje ontbreekt hier eigenlijk.

Medisch specialist 1: Ja eigenlijk de bijkomende actuele ziektebeelden. Alleen is het dan niet van de kliniek maar ook de voorgeschiedenis.

Ergotherapeut 1: Ja.

Fysiotherapeut 1: Misschien kunnen we dit bij het stukje mobiliteit zetten, onder fysiek functioneren.

Fysiotherapeut 2: Missen we dan ook niet het vangnet wat mensen thuis hebben.

Fysiotherapeut 1: Ja, de sociale omgeving.

Ergotherapeut 1: Ja, het sociaal netwerk.

Fysiotherapeut 2: Inderdaad, dat staat er.

Ergotherapeut 1: Dat is heel essentieel.

Medisch specialist 1: Dat is vaak het meest onderbelichte iets. Hoe is het netwerk en hoe ziet het huis eruit. Dat zie je nooit in een triage.

Gespreksleider: Als we nu even kijken naar de cognitie. Wat verstaan jullie dan onder die cognitie? Wat maakt iemand met een cognitie wel revalideerbaar verschillend van iemand die met cognitie 'niet-revalideerbaar' is?

Fysiotherapeut 1: Nee goed als je gaat kijken naar de kwaliteitseisen van de GRZ in principe kun je dat zo breed nemen als je wilt. Op het moment dat er cognitieve problemen zijn die het naar huis gaan (huis in de breedste zin aangepast of aanleunwoning) belemmeren op wat van manier dan ook. Dat kan de leerbaarheid, ziekte-inzicht, executieve functies noem

het maar op zijn. Dat is super breed, maar op het moment dat de cognitieve factor een beperkende rol speelt in het naar huis gaan.

Ergotherapeut 1: Maar het zal altijd de cognitieve factor zijn in combinatie met de sociale omgeving denk ik.

Fysiotherapeut 1: Nou ja, ik heb nu een patiënt die... Ja, ja, ja, ja en nee

Ergotherapeut 1: Waarom nee?

Fysiotherapeut 1: Nou omdat ik zelfs patiënten heb die met een partner cognitief zo beperkt zijn dat ze gewoon niet naar huis kunnen tenzij de partner er 24 uur erop zit.

Ergotherapeut 1: Nee maar ik bedoel dat je altijd een combi moet bekijken op het gebied van cognitie.

Fysiotherapeut 1: Nee tuurlijk, het is nooit alleen cognitie of motivatie het is altijd een combinatie.

Fysiotherapeut 2: Ja dat is inderdaad belangrijk. Het is niet specifiek 1 item.

Fysiotherapeut 1: Nee.

Medisch specialist 1: En ik denk met name dat leerbaarheid het meeste zegt over cognitie want de ene demente is niet de ander demente.

Fysiotherapeut 1: Nee, nee.

Medisch specialist 1: Iemand met een dementie mag niet naar de GRZ dus ik denk dat dat een verkeerde uitspraak is. Want iemand met een beginnende alzheimer kan prima naar een GRZ komen. We vragen eigenlijk of de leerbaarheid goed getoetst is. Nu zie je in de kliniek soms staan dat de fysio vandaag iets heeft uitgelegd en dat die het de dag erna weer moet uitleggen en de dag erna weer uitleggen. Dan voel je al aan je water waar het naar toe gaat uiteindelijk.

Fysiotherapeut 2, fysiotherapeut 3 en fysiotherapeut 1: Ja.

Medisch specialist 1: En dan kun je natuurlijk doorwerken naar het automatisme erin sluiten. Maar dat is heel lastig, want hoe ga je dat beoordelen. Maar ik denk wel dat je aan het einde van de GRZ, of die nou 1 à 2 weken of 3 maanden duurt, dat je op basis van de leerbaarheid kan zeggen of deze patiënt de volgende keer met een heupfractuur, armfractuur, CVA of pneumonie in principe is die niet leerbaar. Maakt niks uit met welke vraagstelling die naar de GRZ komt dan is die 'niet-revalideerbaar'.

Gespreksleider: Met andere woorden zeg je dat de leerbaarheid bijna nummer 1 staat in factoren die meespelen bij 'niet-revalideerbaar' zijn.

Medisch specialist 1: Ja dat denk ik wel. Ik denk dat leerbaarheid de kern is. Het sociale netwerk hangt daar zeker van af maar ik denk dat de leerbaarheid wel heel belangrijk is. Want als de leerbaarheid er niet is maar het sociale netwerk wel ja dan heeft een GRZ nog steeds geen nut.

Fysiotherapeut 2: Tenzij je puur op conditie vlak moet zitten. Iemand moet conditioneel vooruitgaan. De kwaliteit die hij binnen zijn netwerk is goed en je hoeft hem niet aan te leren hoe ga je veilig lopen.

Medisch specialist 1: Dan heb je een monodisciplinair doel. Dan ga ik heel streng zijn. Dan is het een ELV hoog complex en dus niet welkom op de GRZ.

Fysiotherapeut 2: O, omdat je alleen maar... O ja nee dat klopt.

Medisch specialist 1: Die weiger ik.

Fysiotherapeut 2: Dus zeg nog eens. Dan gaat de patiënt naar een ELV en dan krijg...

Medisch specialist 1: Hoog complex omdat de patiënt een mono doel heeft. Dus dan krijg je ELV hoog complex maximaal 6 weken met fysiotherapie.

Fysiotherapeut 2: Ja, oke.

Medisch specialist 1: Dat is met 2 keer per week fysiotherapie daar. Dan gaat de fysiotherapeut samen met hun werken aan het conditiedoel en binnen 6 weken gaat die patiënt naar huis toe.

Fysiotherapeut 2: Ja.

Medisch specialist 1: Want GRZ is een multidisciplinaire behandeling dus je hebt minimaal twee paramedici nodig om hiernaartoe te mogen komen.

Fysiotherapeut 2: Ik vind het eens mooi om te horen. Ja, dat weet je niet.

Ergotherapeut 1: Waar plaatsen we het delirant beeld in? Want dat is eigenlijk aan de voordeur.

Medisch specialist 1: Dat is moeilijk. Hoe dat nu getrieerd wordt is op basis van hoe ging het voor het delier. Dus bijvoorbeeld iemand heeft een pneumonie en is delirant hoe functioneren die de laatste 3 maanden voor de pneumonie. Als dat relatief zelfstandig ging met weinig cognitieve stoornissen dan krijgt die patiënt het voordeel van de twijfel en dan komt die toch naar de GRZ. Dan wordt het dus geen ELV hoog complex omdat je dan de ergotherapie mist. Want dan kun je alleen ELV doen met ergotherapie of fysiotherapie maar bij een delirante patiënt is dat natuurlijk niet handig.

Fysiotherapeut 3: Als je dat hebt gedaan en je weet dat het gaat vervagen...

Medisch specialist 1: En dan hoop je dat die mensen teruggaan naar oud niveau of daar net iets onder. Maar als het oude niveau al het randje van thuis wonen was dan weiger ik ze. Want dan is de kans klein dat ze terug te komen op oud niveau en als ze net onder dat grensniveau komen te zitten dan gaan ze naar de 9B. Als ze dan toch nog de grens raken mogen ze alsnog naar huis toe maar de kans is groter dat het niet gebeurt en dan stromen ze door naar de instelling.

Fysiotherapeut 3: Hey waarom ben jij niet hoofd van de triage chef van de intakes.

Fysiotherapeut 2: Volgens mij ben jij het antwoord op dit project hier.

Medisch specialist 1: Ja ik probeer wel veel triage te doen, maar ik ben er natuurlijk maar twee weken en dan ben ik er zo vier weken niet en dan weer wel.

Fysiotherapeut 3: Maar je maakt ook toch wel samen wat consensus denk ik dan.

Medisch specialist 1: Ja een andere medisch specialist doet veel triage want die is specialist ouderengeneeskunde. Die kijkt er nog net met een andere visie naar. De een is van karakter iets meer van ja laten we ze eens een kans geven. Ik ben niet zwart wit.

Fysiotherapeut 2: Maar dat filter je er niet uit toch?

Fysiotherapeut 3: Nee.

Ergotherapeut 3: Heeft het voor jullie zin om dit nog samen te vatten in een aantal punten, want nu staat eigenlijk er nog alles dubbel?

Gespreksleider: Ja dat wilde we nu gaan doen maar eerst pauze. Maar wat ik voor nu heb begrepen is dat leerbaarheid op nummer 1 staat.

Ergotherapeut 3: Ik vind dat wel moeilijk want daar zit zoveel aan vast. Wat maakt dat leerbaar boven belastbaar staat?

Gespreksleider: Dat is wat we dadelijk individueel allemaal met punten gaan doen. Dan zeg je met een punt dit staat voor mij op 1 en daarna dit. Dan kunnen we het er nog over hebben. Dat is waar we naar op zoek willen.

Fysiotherapeut 1: Maar ik denk dat het ook belangrijk is om te onthouden dat leerbaarheid niet de enige factor is. Hij staat heel hoog maar niks staat op 1 en is de eindbeslissers. Zo werkt het niet.

Medisch specialist 1: Ik denk dat belastbaarheid moeilijker te toetsen is dan leerbaarheid.

Fysiotherapeut 1: Ja.

Medisch specialist 1: Want je kunt tegen een fysiotherapeut in het ziekenhuis zeggen ik wil dat jij dagelijks de komende vijf dagen de leerbaarheid bij een CVA-patiënt opschrijft en dan kun je daar iets over zeggen. Maar over de belastbaarheid van zo een patiënt is het heel moeilijk om daar een goeie... Want wat voor parameters hang je daar vast aan?

Fysiotherapeut 2: Je kunt weer veel onder splitsen.

Ergotherapeut 2: Ja qua ADL enz. kun je veel van belastbaarheid zeggen. Bijvoorbeeld dagelijkse verrichtingen die ze moeten doen.

Fysiotherapeut 2: En het psychosociale belastbaarheid en lichamelijke belastbaarheid? Het is lastig.

Ergotherapeut 2 en Fysiotherapeut 1: Ja.

Ergotherapeut 1: Ja dat is een heel fluctuerend iets.

Medisch specialist 1: Als iemand net een pneumonie heeft gehad met 10 liter zuurstof en die is net herstellende. Dan is die op dat moment voor de fysiotherapie in de kliniek laag belastbaar, maar dat wil niet zeggen dat die twee weken later niet nog steeds laag belastbaar is. Dus belastbaarheid is moeilijk te objectiveren en harde parameters aan te koppelen. De leerbaarheid is iets makkelijker te objectiveren.

Gespreksleider: Laten we dadelijk eens kijken of die parameters voor de leerbaarheid enz. kunnen uitschrijven.

Medisch specialist 1: Jazeker.

Gespreksleider: Ja, wat zullen we doen? Zullen we nu eerst de hele lijst sorteren naar hoofdpunten? Dan ga ik proberen dat allemaal op dat bord te schrijven. De eerste is denk ik wel heel duidelijk. Die cognitie. Die staat er gewoon al in. Maar we hadden net ook al leerbaarheid. Dan zet ik die eerst even weer terug.

Medisch specialist 1: Dit is een onderdeel van hé.

Fysiotherapeut 1: Ja, ik denk dat het wel belangrijk wordt hoe we het gaan indelen.

Ergotherapeut 3: Je kunt ook zeggen leerbaarheid en cognitie en wat als het samenhangt?

Fysiotherapeut 1: Ja maar ja, het is niet hetzelfde natuurlijk, dus.

Gespreksleider: Dan vanuit cognitie met daar een verlengde uit?

Fysiotherapeut 1: Ja, dat kun je niet zeggen want leerbaarheid is ook niet 100% alleen cognitie.

Gespreksleider: Nee, dat is dus een andere.

Fysiotherapeut 1: Ik denk dat dat toch...

Ergotherapeut 2: Even over cognitie. Gewoon als kapstok.

Fysiotherapeut 3: je kunt het ook samen pakken. Dan omvat je namelijk heel veel over cognitie leerbaarheid, gedrag en motivatie. Dan heb je ook gedragskenmerken van mensen. Wat belemmert ons om ze op te nemen? Het is gewoon een idee.

Gespreksleider: Ja, maar ik volg jullie.

Fysiotherapeut 3: Ja, je moet ons niet volgen.

Fysiotherapeut 2: Kun je niet beter zo een mindmap maken. Dan zet je cognitie in een rondje en de rest er allemaal om heen. Nou ja, laat maar zitten.

Gespreksleider: Ook goed voor mij. Jullie gaan het antwoord formuleren. Ik ga het gewoon opschrijven zoals het voor jullie het makkelijkste leesbaar is.

Fysiotherapeut 3: Ja, ik vind het niet verkeerd. Cognitie, leerbaarheid, gedrag, motivatie. Maar zeggen jullie het maar...

Gespreksleider: We kunnen het nog altijd aanpassen.

...: Dat omvat heel veel eigenlijk.

Gespreksleider: En dan thuissituatie was ook een toch?

Ergotherapeut 1: Ja, fysieke omgeving.

Fysiotherapeut 3: Belastbaarheid, fysiek, mentaal.

Fysiotherapeut 2: Maar zou het dan fysieke omgeving/mantelzorg zijn of niet?

Ergotherapeut 1: Ja, bij de sociale omgeving.

Fysiotherapeut 1: Ja, maar ook sociaal netwerk. Daar zou je dat los kunnen laten.

Fysiotherapeut 3: Ja, dat is een optie. Ja.

Fysiotherapeut 1: Sociaal netwerk.

Fysiotherapeut 1: Fysiek functioneren.

Fysiotherapeut 3: En waar woont diegene, de component woonomgeving.

Fysiotherapeut 1: Nee, want belastbaarheid enz. hoort er ook bij. Dat is allemaal fysiek. Dan heb je dat allemaal een beetje overkoepelend.

Ergotherapeut 2: En dan gaat het over fysiek functioneren voor opname.

Fysiotherapeut 1: Nee, want het is nog altijd achter. We kunnen het altijd nog naar voren halen maar dit is nog altijd...

Ergotherapeut 2: Ja, de achterdeur.

Fysiotherapeut 1: Het gaat om de achterdeur bij de term 'niet-revalideerbaar' zijn.

Fysiotherapeut 1: Ja, ik vind voor opname niet bij iedere patiënt van belang, want je hebt bij sommige patiënten geen realistisch beeld. Die zijn door zo een ziekteproces gegaan dat je niet weet hoe ze het gaan doen daarna.

Ergotherapeut 1: Waarom?

Fysiotherapeut 1: Nou, we hebben genoeg patiënten gehad die van een heel goed niveau komen, volledig zelfstandig. En van wie je gedeeltelijk ook nog niet bij de voordeur kunt zeggen die gaan nooit nog op dat niveau functioneren. Dus hoeveel meerwaarde heeft dat fysiek niveau functioneren van tevoren? En dat is zeker niet bij alle patiënten, maar bij sommige denk ik dat het niet heel veel toegevoegde waarde heeft.

Fysiotherapeut 2: En dan heb je het over de situatie van de achterdeur? Want bij de voordeur vind ik het wel interessant.

Fysiotherapeut 1: Nou ja, weet ik niet soms wel.

Fysiotherapeut 3: Soms wordt het zo diep, dan neem je het altijd mee in je prognose. Die informatie is heel belangrijk.

Fysiotherapeut 2: Ja, want het is wel better in better out. Dus als iemand nog drie kwartier liep, vind ik dat de prognose beter is dan van iemand die nog vijf meter kon lopen. Dus dan heb je wel better in better out. Als je aan de voordeur al bedenkt dit is t nieuwe niveau van functioneren waar iemand mee naar huis gaat dan is dit je start bij de vorige opname en dan is dat je niveau van functioneren ook voor de volgende opname. Ja dan schrap je het andere.

Fysiotherapeut 1: Ja eens.

Fysiotherapeut 2: Dus je moet verschil maken tussen voor- en achterdeur.

Fysiotherapeut 1: Eens ja.

Medisch specialist 1: Het is een nu met name belangrijk om te focussen op de achterdeur.

Fysiotherapeut 2: Ja.

Medisch specialist 1: Als wij nog niet eens bij de achterdeur kunnen zeggen of iemand wel of 'niet-revalideerbaar' is, hoe kun je het dan bij de voordeur zeggen?

Fysiotherapeut 1: Ja, precies.

Medisch specialist 1: Want bij de achterdeur hebben wij ze wekenlang behandeld en dan kunnen we nog niet eens zeggen of die wel of 'niet-revalideerbaar' zou zijn. Ja, dan is het ook utopie zijn om dat al te vragen bij de voordeur. Je moet het eerst aan de achterdeur behandeld hebben en dan kun je uiteindelijk met dit project kijken of het dan aan de voordeur ook nog kan veranderen. Maar ik denk dat hun project met name om de achterdeur moet gaan.

Fysiotherapeut 2: Ja daar moet ik even aan wennen, dat is nieuwe informatie. Dat wist ik niet.

Fysiotherapeut 1: Nou ja, ik denk dat de belastbaarheid wel onder het fysiek functioneren valt. Denk ik.

Fysiotherapeut 3: Je kunt ook een apart kopje belastbaarheid maken. En dan dat verschil tussen fysiek en mentaal aangeven. Maar dat gaat misschien niet ver genoeg, dat weet ik niet.

Ergotherapeut 1: Dan denk ik dat je in cirkeltjes gaat draaien.

Fysiotherapeut 1: Ja, ik wou net zeggen. Ik denk bijvoorbeeld...

Fysiotherapeut 3: Dat bij fysiek. Ja daar, ja. Dat wordt moeilijk, denk ik.

Fysiotherapeut 1: Ja ik denk dat we die beter...

Medisch specialist 1: Ik denk dat fysiek functioneren en belastbaarheid, toch een beetje hetzelfde zijn.

Fysiotherapeut 1: Ik denk dat we die gewoon weg kunnen laten.

Medisch specialist 1: The less is more.

Fysiotherapeut 1: Ja.

Gespreksleider: Dan doe ik het zo.

Fysiotherapeut 2: Mag ik nog heel even terug. Het doel hiervan is dus iemand die naar huis gaat of die hier weggaat, een stempel 'niet-revalideerbaar', te kunnen geven. Om dat te laten pop uppen in de decursus en een nieuwe opname te voorkomen.

Fysiotherapeut 1: Maar om überhaupt te kijken of dat mogelijk is want bij leerbaarheid kun je dat zeggen maar de motivatie kan veranderen.

Fysiotherapeut 2: Ja, maar ik wil net zeggen. Iemand krijg dus die stempel en die staat dus in de decursus. Maar als iemand die stempel heeft en er wordt een nieuwe aanmelding gedaan, dan kan dat hele pakket toch veranderd zijn. Na 1,5 jaar bijvoorbeeld.

Ergotherapeut 1: Ja, maar toch zelden.

Fysiotherapeut 1: Zelden, ja.

Ergotherapeut 1: Wel in positieve zin.

Fysiotherapeut 1: Kijk als iemand niet leerbaar blijkt, dan dat zal die dat bij de volgende opname ook niet zijn.

Medisch specialist 1: Kijk als de motivatie alleen het probleem is op het eind van de rit dan ga je niet iemand 'niet-revalideerbaar' bestempelen.

Fysiotherapeut 2: Nee oké en daar gaan wij nou inderdaad. Maar dus met een combinatie van factoren.

Medisch specialist 1: Maakt iemand 'niet-revalideerbaar'...

Fysiotherapeut 1: Ja, terwijl... Als ik mevrouw X als voorbeeld mag gaan halen? Die vrouw, die was gewoon zo ziek.

Medisch specialist 1: Die was wel gemotiveerd.

Fysiotherapeut 1: Die was gemotiveerd, die wilde, die gaf alles. Maar eigenlijk wisten we van tevoren al dat dit niet de geschikte setting was.

Medisch specialist 1: Ja, die heeft het voordeel van de twijfel gekregen.

Fysiotherapeut 2: Oh ja, oké, Duidelijk? Ja.

Fysiotherapeut 1: En ik denk het niet.

Medisch specialist 1: En dat betekent nog niet dat je per se de eerste voor één keer af moet keuren, maar in de toekomst kun je bij een nieuwe aanmelding wel nadenken en zomaar zeggen GRZ niet akkoord.

Fysiotherapeut 2: Nee, precies. Dan moet je wel...

Medisch specialist 1: Dan moet je nadenken van moeten we dit wel doen, ja of nee? En moet je er niet bij meerdere mensen over nadenken? Of is het een zo harde, niet gevalideerd, dat je al direct kunt zeggen niet akkoord?

Fysiotherapeut 2: Ja.

Ergotherapeut 1: Ja en dat zal een combinatie zijn van dingen die daar staan, want ik denk dat we het daar wel ongeveer samengevat hebben.

Fysiotherapeut 1: Ik denk dat is...

Ergotherapeut 1: Juist waar het over gaat.

Fysiotherapeut 1: Ja, ik denk dat zorg...

Medisch specialist 1: Alleen vind ik gedrag nog een beetje lastig. Ik snap niet zo goed wat we daar mee bedoelen.

Ergotherapeut 1: Stronteigenwijs.

Fysiotherapeut 1: Maar dat is ook wel een stukje leerbaarheid en motivatie.

Medisch specialist 1: Ja, maar dat zegt iets over leerbaarheid en motivatie toch?

Fysiotherapeut 2: Ja, ik vind die eerste vier een beetje samenhangen.

Fysiotherapeut 1: Nou ja, ik...

Fysiotherapeut 3: Ja, maar daarom heb ik ze ook in één regel benoemd hè.

Ergotherapeut 1: Ik vind dat toch echt 4 verschillende.

Medisch specialist 1: Ja, die leerbaarheid en motivatie is zeker iets anders. Bij cognitie is de vraag of die een beetje voortvloeit uit die andere drie.

Fysiotherapeut 2: Ja ja.

Fysiotherapeut 1: Ja.

Fysiotherapeut 3: Ja nou, ja goed we hebben soms stront eigenwijzen patiënten om die zo te noemen.

Medisch specialist 1: Eén keer maar.

Fysiotherapeut 1: Bij ons dan...

Fysiotherapeut 3: Dat maakt de leerbaarheid wel een issue natuurlijk.

Fysiotherapeut 1: Ja, maar kijk uiteindelijk onder de streep, maakt het ook niet heel veel uit. Kijk, gedrag zou je nog kunnen beïnvloeden, maar als na drie maanden blijkt dat iemand gewoon niet leerbaar is, hoe komt dat? Ons gedrag? Ja, ja, ja. De kans dat gedrag bij een volgende opname anders is kan natuurlijk ook.

Fysiotherapeut 3: Ja die leerbaarheid blijft natuurlijk bovenaan staan. Ben ik met je eens. Dus dan kan gedrag eigenlijk ook weg.

Medisch specialist 1: En proberen het zo klein mogelijk te houden.

Fysiotherapeut 3: Ja, ondanks...

Medisch specialist 1: Dat is denk ik wel handig.

Fysiotherapeut 1: Ja.

Ergotherapeut 3: En hoort die bijkomende actuele ziektebeelden en medisch niet stabiel ook nog ergens als koppeling?

Ergotherapeut 1: Dat valt dan nog onder fysiek functioneren.

Ergotherapeut 3: Is dat alleen de fysieke?

Medisch specialist 1: De belastbaarheid denk ik hè?

Fysiotherapeut 1: Ja, dat denk ik.

Medisch specialist 1: Iemand die al actief chemotherapie krijgt is minder belastbaar, dan iemand die dat niet krijgt als het ware.

Fysiotherapeut 3: Ja, ik heb nog een punt. Het klinkt misschien heel eenvoudig, maar we hebben steeds oudere patiënten. Speelt kalenderleeftijd niet mee om dat te bepalen. Van die negentig jarigen die binnenkomen. De kans dat ie nog een keer binnenkomen is niet zo groot.

Fysiotherapeut 2: Nee, maar dan krijgt het een andere stempel.

Medisch specialist 1: Als ik dan voor ons spreek West26, denk ik dan, met name de 60- en 70-jarige iets meer problemen opleveren dan in de negentig jaar. Want die 90-jarige heeft als revalidatie doel weer naar de wc lopen en terug. Ik wil naar de koelkast lopen en terug en dan ga ik naar huis.

Fysiotherapeut 3: Ja ja, ja, maar ik bedoel dat die van zestig, zeventig jaar de kans is groter dat die terugkomt.

Medisch specialist 1: Oh zo op die manier. Ja ja, die kans is groter ja.

Fysiotherapeut 2: Maar wat ik hier wel geleerd heb is: kalenderleeftijd zegt eigenlijk gewoon helemaal niks.

Fysiotherapeut 3: Ja nou ja, in dit geval zegt het wel wat, maar bedoel ik zou maar wat meer inzoomen op die 60,70, dan die negentig jaar plusser maar goed.

Gespreksleider: Jullie hadden toch daarstraks nog een stukje over de prognose.

Fysiotherapeut 2: Oh ja.

Gespreksleider: Past dat hier ook nog ergens?

Ergotherapeut 3: Maar dat past bij de voordeur?

Fysiotherapeut 1: Ja, meer bij de voordeur dan de achterdeur want daarnaast horen we daar ook verder niets over.

Fysiotherapeut 3: Ja.

Medisch specialist 1: Ja, op zich heeft prognose indirect dan ook wél invloed op je fysieke functioneer, je belastbaarheid en je bijkomende ziektebeelden hè?

Fysiotherapeut 1: Ja.

Medisch specialist 1: Die bepalen je prognose natuurlijk.

Ergotherapeut 1: En als je nu beginnend dement bent, als je hier buitengaats en je komt over twee jaar terug, dan ben je verder dan beginnend dement dus ja dat is vrij logisch hè.

Fysiotherapeut 3: Is voor, voor jullie is het eigenlijk als je dit goed beschrijft bij de achterdeur, dan kun je de volgende keer als die patiënt terugkomt waarschijnlijk een iets betere prognose maken. Dat is wel zo

Fysiotherapeut 1: Ja, het is voor.

Fysiotherapeut 3: Voor jullie niet zo relevant toch?

Medisch specialist 1: Nee, maar het is zeker goed om mee te nemen voor de voordeur hè.

Fysiotherapeut 1: Ja, ja, ja, de mate van zorgbehoevendheid heb je dan. Of die planbare of on-planbare is, maar valt dat ook onder fysiek functioneren, want dat is ook wel een hele belangrijke. Kan iemand naar huis ja of nee?

Gespreksleider: Valt dat niet ook onder fysieke omgeving?

Fysiotherapeut 1: Nee, dat als iemand incontinent is...

Ergotherapeut 3: Zou ook onder sociaal netwerk kunnen vallen.

Medisch specialist 1: Eigenlijk als het om on-planbare zorg gaat. Dan gaat die patiënt naar een instelling toe, dan komt die sowieso nooit meer op een GRZ terecht.

Medisch specialist 1: Dat is meer een voordeel.

Ergotherapeut 3: Is dat professionele ondersteuning of zo, of hoe noem je dat dan?

Medisch specialist 1: En dan denk ik dat dat meer iets voor de voordeur is.

Gespreksleider: Ja, maar als je dan zo'n patiënt hebt krijg je wel al sneller een beeld of die wel of niet revalideerbaar is als die hier komt.

Medisch specialist 1: Als die on-planbare zorg heeft dan gaat ie niet naar huis toe en dan gaat ie naar een instelling. Mensen die in een instelling wonen komen nooit revalideren binnen een GRZ, want je mag niet met een andere WLZ-indicatie naar een GRZ komen. Dat mag niet, dus dan gaan ze terug naar de instelling waar ze wonen en dan worden ze daar gewoon weer gerevalideerd dus voor de achterdeur maakt dat niks uit. Voor de voordeur kun je dat straks wel gebruiken ja. Want ja, ik neem niet aan dat wij mensen met on-planbare zorg naar huis te sturen, behalve als dat op hun eigen verzoek is en tegen medisch advies in is natuurlijk. Maar dat zal één x per jaar zijn bij wijze van, maar dat gebeurt.

Fysiotherapeut 1: Ja, dat heb ik pas één keer meegemaakt.

Medisch specialist 1: Maar ik denk als je naar de voordeur gaat kijken dat er nog wat andere vragen oppoppen dan dit zal ik maar zeggen.

Fysiotherapeut 1: Maar dan.

Medisch specialist 1: Kunnen we zeker nog een keer met z'n allen naar kijken. Maar dat moeten we dan met een ander project doen.

Fysiotherapeut 2: Maar is het echt zo dat dat dat binnen jullie onderzoeksvraag het zo is opgesplitst dat jullie het specifiek over de achterdeuren hebben?

Gespreksleider: Ja, we hebben het gewoon eigenlijk 'niet-revalideerbaar' genoemd, dat staat gewoon centraal en dat is ontstaan aan de achterdeur, dus daar ligt de focus. Maar alles wat onder niet revalideerbaar valt kunnen we wel meenemen.

Ergotherapeut 1: Ja ja, nou.

Gespreksleider: Ja dus dit zijn wel allemaal dingen die wij ook met de aanbeveling meenemen. Jullie geven hier al aan dat dit ook meegepakt moet worden naar de voorkant. Ja en dan zal dat ook zeker iets zeggen en wat wij zullen gaan vernoemen en wij uiteindelijk...

Medisch specialist 1: Ja een richting geven dat we ook de voordeur moeten aanpakken.

Ergotherapeut 1: Nog even een vraagje over dat delirante, in hoeverre nemen we dat mee aan de achterdeur? Wordt zoiets gezet iemand die komt binnen en die blijft hier acht weken delirant maar gaat daarna naar huis. Maar is dat iets wat we wel ergens onthouden? Dat iemand zo lang? Of is dat niet relevant? Want de volgende opname is de kans groter dat die weer delirant binnenkomt.

Medisch specialist 1: Ik denk dat je dan moet bekijken of die patiënt netjes binnen de drie maanden gerevalideerd is, dan mag je daar niks van zeggen, want wij proberen natuurlijk iedereen te duwen dat iedereen binnen een maand de afdeling moet verlaten. Althans daar

proberen wij bij West26 op aan te sturen. Maar ja officieel als de patiënt netjes binnen de drie maanden weg is gegaan. Doe je het niet verkeerd. Alleen wij houden gewoon niet zo van lang liggen. Dat ligt denk ik ook meer aan mij dan aan jullie. Nee het is als dokters. Wij houden niet zo van lang liggers maar dat komt denk ik omdat wij een beetje een ziekenhuis mind set hebben hè. Ja, ja, ja.

Medisch specialist 1: Nou als je inderdaad in heftig delier hebt die dan zo'n randje drie maanden toch nog naar huis toe kan en dat is allemaal heel discutabel, ja, dan denk ik dat je m de volgende keer niet moet accepteren.

Ergotherapeut 1: Nee, maar dan is dat wel ja, dat is dan wel iets wat we moeten onthouden.

Medisch specialist 1: En dan is de patiënt waarschijnlijk niet alleen maar 'niet-revalideerbaar', op basis van z'n delier. Maar dan kom je ook automatisch bij leerbaarheid en dat soort zaken.

Fysiotherapeut 1: En natuurlijk cognitie waarschijnlijk ook.

Gespreksleider: Maar ja, dat had ik op het whiteboard bij fysiek functioneren helemaal achteraan gezet. Dus daar kan ik dan het vraagteken weghalen?

Fysiotherapeut 1: Ja ja.

Ergotherapeut 1: Kan bepalend zijn ja.

Gespreksleider: We hadden het helemaal in het begin hadden over die irreële verwachtingen.

Ergotherapeut 1: Dat is sociaal netwerk.

Gespreksleider: Dat is hier een onderdeel van?

Ergotherapeut 1: Ja, ja.

Fysiotherapeut 1: Het kan ook vanuit de patiënt zelf komen.

Ergotherapeut 1: Ja, kan dat zeker.

Fysiotherapeut 1: Maar dat valt onder het stukje van cognitie of leerbaarheid. Ja.

Ergotherapeut 1: Nee, niet dat.

Medisch specialist 1: Nee, niet onder leerbaarheid maar zij denken ik ben nu in een instelling, ik ga eindelijk gaan wandelen. Dus nou wil ik ook naar huis zonder dat ik met een rollator loop.

Fysiotherapeut 2: Doelen die ze van vooraf ook al niet konden.

Ergotherapeut 3: Iemand op een ziekenhuisafdeling die de patiënt heeft verteld dat ze hier 3 tot 6 maanden mogen blijven en dan als ze na vier weken klaar zijn en dan zeggen ja, nee, hallo?

Medisch specialist 1: Ja precies ja,

Ergotherapeut 1: Ik moet hier wel blijven.

Fysiotherapeut 2: Ja ja ja, ik heb hier geboekt hè.

Medisch specialist 1: Ik denk het enige wat nu nog op t bord staat iets zegt over voor opname bij het fysiek functioneren. Ik denk dat we dat niet moeten opnemen in jullie project.

Gespreksleider: Dit bedoel je met de voordeur of de achterdeur?

Medisch specialist 1: ja voor opname, het fysiek functioneren voor bij jullie project niet belangrijk. Nee, want we besluiten of iemand 'niet-revalideerbaar' is op het eind van een GRZ. Dus dan heeft het fysiek functioneren voor opname voor jullie onderzoeksvraag daar geen invloed op. Ja, dus het gaat echt om het fysiek functioneren en belastbaarheid aan het einde van een GRZ opname dus de dag voordat ze ontslagen worden.

Ergotherapeut 3: Dat hadden we allebei gezegd ja, samengevat.

Medisch specialist 1: En wij doen hier zo'n Barthel en zo hé. Kijkt iemand daar ooit naar? Of puur om dat t kwaliteit cijfer technisch moet? Want we zien dat de mensen die een lage Barthel Index hebben ook naar een instelling gaan.

Gespreksleider: Willen jullie voor dit gedeelte wat we nog hebben? Wij hadden nog het idee om dat te prioriteren. Maar jullie hebben ook al een aantal keren aangegeven dat het echt altijd uit een combi's bestaat van factoren. Uhm, willen we daar nog wel een prioriteit aangeven van dit is wel één van de meest belangrijke factoren die daar altijd in meespeelt en dit zijn dingen die we wel eens een keer zien of... willen we daar nog een prioriteit aan geven?

Ondersteunende rol: ja dat moet he.

Gespreksleider: Ja, maar moeten we dat met één twee, drie doen of kunnen we dat gewoon algeheel bespreken?

Medisch specialist 1: Ik denk dat je dat wel een prioritering kan geven ja. Nu kun je met alles in lijn zijn?

Ondersteunende rol: Willen jullie dat dan eerst individueel op papier doen of zeggen we, we doen het gewoon zo?

Fysiotherapeut 2: nee, dan kunnen we meteen discussiëren.

Ondersteunende rol: Dus één, twee, drie, vier, zes plaatsen.

Fysiotherapeut 1: Ik denk dat de cognitie voor mij sowieso op de eerste plek zou komen, maar dat ook nog niet op een moment dat iemand echt dermate cognitieve problemen heeft die gaan ook niet weg.

Gespreksleider: Ik zet het gewoon eens even op het whiteboard.

Fysiotherapeut 3: Maar is het niet handig om dat in combinatie te doen?

Ergotherapeut 1: Maar leerbaarheid is ook het leren met omgaan beperkingen.

Fysiotherapeut 3: Bij de prioritering cognitie en leerbaarheid samenpakken?

Medisch specialist 1: Ik vind leerbaarheid één.

Fysiotherapeut 2: Ik zou leerbaarheid ook op één zetten.

Medisch specialist 1: Want cognitie iemand met een beginnende Alzheimer die leerbaar is, die heeft nog steeds cognitieve problemen, maar die kan zeker naar een GRZ komen. Daarom is Leerbaarheid één voor mij.

Ergotherapeut 1: Ja dat vind ik ook

Fysiotherapeut 1: Ja is wel een ja ja.

Medisch specialist 1: Cognitie komt er misschien daarna relatief snel onder, maar leerbaarheid staat voor mij op één.

Fysiotherapeut 1: Nee, maar het is meer dat als de cognitieve problemen zo dermate groot zijn dat iemand 'niet-revalideerbaar' is, dan kun je ook niet verwachten dat dat gaat veranderen ten opzichte van het begin.

Medisch specialist 1: Maar dan eindig je uiteindelijk wel bij de leerbaarheid.

Gespreksleider: Laat ik de vraag anders stellen. Iedereen die leerbaarheid op één heeft staan steek anders even een hand op.

Fysiotherapeut 3: Ja, hier haal je een stukje cognitie uit.

Fysiotherapeut 1: Logisch. Wij komen...

Ergotherapeut 3: En ik vind dat motivatie voor mij onderaan. Dan hebben we die ook gevuld.

Fysiotherapeut 2: Iemand die zelf totaal niet wil, dat is wel belangrijk hè.

Fysiotherapeut 1: Ik wou net zeggen dat...

Fysiotherapeut 2: Als er zo iemand al duidelijk zegt: "Nou, van mij hoeft dit niet, ik moest van mijn kinderen, maar voor mij hoeft het niet." Nou, dan niet.

Fysiotherapeut 3: Dat zou ik ook hebben gedaan.

Fysiotherapeut 2: Is dan toch wel een belangrijke...

Fysiotherapeut 1: Motivatie. Ja dat is belangrijk.

Fysiotherapeut 2: Misschien zou ik het veel eerder opschrijven dan.

Ergotherapeut 1: Maar iemand kan wel niet willen, maar als er geen netwerk is, heb je misschien dan iets?

Ergotherapeut 3: Ik denk dat dat het wel belangrijk is, maar in deze rij zou ik zeggen dat t voor mij op de laatste of één na laatste plaats zou komen.

Fysiotherapeut 3: De leerbaarheid zou je ook wat objectiever kunnen maken dan de motivatie. Bij de motivatie praten we ook over de achterdeur hè. Ja die motivatie.

Fysiotherapeut 1: Ja, na drie maanden is echt wel duidelijk of iemand wil revalideren of niet, om wat voor reden dan ook.

Medisch specialist 1: Laten we misschien om en om doen. Dan beginnen we bij ergotherapeut 3. Wat zou jij op één doen? En op twee? Enzovoort.

Ergotherapeut 3: Ja leerbaarheid op één.

Gespreksleider: leerbaarheid is 7/7

Medisch specialist 1: Wat zou jij op twee zetten dan?

Ergotherapeut 3: Fysiek functioneren.

Fysiotherapeut 2: Je moet in de achterdeur denken hè.

Medisch specialist 1: Ja achter.

Ergotherapeut 3: Achter ja.

Medisch specialist 1: Dus aan het einde van de GRZ mag die wel of niet terugkomen?

Ergotherapeut 3: Oké.

Gespreksleider: Weet iemand het al? Beginnen we gewoon dan bij diegene die het weet.

Ergotherapeut 3: Ja, als iemand het weet mag diegene beginnen.

Gespreksleider: Anders er ligt er overal een A-4tje en een pen. Schrijf voor jezelf op wat jij vindt. En dan schrijf ik even op A, B, C, D, E en F.

Gespreksleider: Iedereen klaar? Oké dan beginnen we aan de linkerkzijde.

Ergotherapeut 3: Ik heb A op 2. C heb ik op 5.

Gespreksleider: en D?

Ergotherapeut 3: Die heb ik op 6. E heb ik op plaats 4. En F heb ik op plaats 3.

Ergotherapeut 1: O, dat is even switchen.

Fysiotherapeut 1: Zet de nummers 1 t/m 6 erbij en dan heb je t goed staan.

Ergotherapeut 3: Plaats twee. Ja eh, op plaats zes, plaats vijf. Vier. Drie.

Fysiotherapeut 1: Ik heb A op twee. F op drie.

Fysiotherapeut 2: Nee, zo moet je niet doen.

Fysiotherapeut 1: Oh ja, rustig aan hè.

Fysiotherapeut 1: C op vier. D staat bij mij als laatste en E staat op vijf.

Fysiotherapeut 2: Ik heb wacht even. A is twee, C is drie, D is zes, E is 5 en F 4.

Fysiotherapeut 3: B is één. En de rest denk ik nog even over na. Fysiek is C, ja fysiek is C. Ja fysiek heb ik op twee staan.

Gespreksleider: Fysieke omgeving zeg jij hier op twee.

Fysiotherapeut 3: Motivatie C is drie en cognitie twee.

Fysiotherapeut 1: Maar wacht even dat klopt niet.

Gespreksleider: Wacht even.

Fysiotherapeut 3: Oké opnieuw.

Gespreksleider: Waar sta je, nu ben ikzelf in de war? Oké dat was 4. Vier fysieke omgeving D zeg jij is op twee.

Fysiotherapeut 1: Wacht, wacht even, wacht even, we beginnen op nieuw, cognitie
fysiotherapeut 3

Fysiotherapeut 3: Hierboven aan, cognitie is vier, Leerbaarheid is één, fysieke omgeving is...

Ergotherapeut 2: Motivatie, moet je nu.

Fysiotherapeut 1: Motivatie is C.

Fysiotherapeut 3: Motivatie is Drie.

Ergotherapeut 2: Nu fysieke omgeving.

Fysiotherapeut 3: Fysieke omgeving is twee en verder ben ik niet gekomen. Dus laat maar even.

Ergotherapeut 2: Ik heb A op 2, B hadden we één, C op zes D op vier, E op vijf en F op drie.

Fysiotherapeut 3: En daar heb ik daar nog erbij E is 5 en F is 6.

Fysiotherapeut 1: Nou.

Medisch specialist 1: Oké, ik vind cognitie nog steeds een heel abstract begrip.

Fysiotherapeut 3: Ja.

Medisch specialist 1: Die er voor mij ook niet per se in hoeft omdat ik denk dat leerbaarheid voldoende dekt. Zal ik maar zeggen, dat denk ik dan hè. Dus voor mij is leerbaarheid cognitie een beetje hetzelfde, dus laat cognitie dan maar inderdaad op twee staan. Ik denk dat motivatie drie is.

Gespreksleider: Ik ga even kijken, motivatie ja.

Medisch specialist 1: Sociaal netwerk is vier. Fysieke omgeving is vijf en fysiek functioneren zes. Is het niet met name leuk om naar de ouderejaars te kijken. A is twee. Is iedereen het er mee eens?

Gespreksleider: Dan zijn we met zes van de zeven. Dan komt die op twee.

Fysiotherapeut 1: En dat is 75%.

Medisch specialist 1: Daarna wordt het lastig.

Fysiotherapeut 1: Ik denk dat E ook al redelijk in de buurt ligt, vier, vier, vijf, vijf. Vijf, vier.

Gespreksleider: En dan zijn... we over... Moeten we kijken naar motivatie. Fysieke omgeving en fysiek functioneren, daar zijn de grootste verschillen. Qua cijfers die gegeven worden zie ik dat fysiek functioneren het merendeel ook drie vier heeft.

Fysiotherapeut 3: Maar ja het ligt wel dicht bij mekaar behalve die drie die er wat ertussen zit. Maar die C en D ligt niet zo ver van mekaar af want zo moet je ook denken he.

Fysiotherapeut 1: Nou we kunnen ook bij motivatie gewoon beginnen. Ik weet...

Ergotherapeut 3: Ik heb motivatie vrij laag geplaatst omdat voor mij dat, dat zie je bij de andere. Maar dat wil niet zeggen, dat dan bij een volgende opname de patiënt niet gemotiveerd is zeg maar. Dus voor mij is t niet heel veel zeggend bij de achterdeur.

Fysiotherapeut 2: Ja, ik denk als hier tijdens een heel traject, als je daar tegenaan bent gelopen dan, dan heeft dat dus echt wel een traject in de weg gestaan. Want dan krijg je in feit dat wij als therapeuten aan het trekken zijn aan een patiënt, en van de patiënt zelf hoeft het niet zo. En dan denk ik ja... het is inderdaad een vraag waar komt het vandaan? Wetend het is toch karakter, iemand kan het er even niet bij hebben. Op dat moment misschien een stukje psychisch. Dan denk ik zo, ja dat staat dan toch in de weg en het kan inderdaad wel veranderen, maar dat denk ik bij alles, behalve cognitie en leerbaarheid, dat zal niet zo veranderen, maar alle andere factoren vind ik wel variabel en dan vind ik motivatie waarschijnlijk één van de minst variabelen. Kijk, de fysieke omgeving kan veranderd zijn in de tussentijd. Het sociale netwerk kan veranderd zijn. Uh de belastbaarheid kan veranderd zijn, maar de motivatie denk ik dat dat de grootste factor is wat het meeste steady zal blijven. En zo had ik een beetje gedacht.

Gespreksleider: Maar even voor mij dan omdat we het er helemaal in t begin ook over hebben gehad, gaat het over intrinsiek of extrinsieke motivatie.

Fysiotherapeut 1: Ja, dat maakt geen verschil.

Gespreksleider: Dat maakt voor dit geval geen verschil toch?

Fysiotherapeut 3: Dan heb ik gezegd, dat zit meer in de kleine in de kleine letters. Maar ik heb wel zoiets van ook van het fysieke aspect. Ervan uitgaande dat iemand met ontslag gaat. Dat ie fysiek beter functioneert, denk ik dan. Bij de achterdeur is de motivatie niet meer zo... een beetje wat jij zegt, is de motivatie misschien een beetje meer ondergeschikt. Dus de motivatie vind ik dan niet meer zo belangrijk.

Fysiotherapeut 2: Ja nou, ik zie daar iemand zitten en die zegt: Pff nou ik ben nooit zo een sporter geweest hoor, laat mij maar, mij niet moe maken. Ja dat verander je niet hè.

Fysiotherapeut 3: Maar die boekt dan ook geen resultaten toch?

Fysiotherapeut 1: Ja, maar waar komt dat vandaan? Want nadat ze deur uitgaan, gaan ze op hun eigen dingen verder.

Fysiotherapeut 2: Misschien toch karakter.

Fysiotherapeut 1: Ja, maar dan moet je weer bij nul beginnen hè.

Ergotherapeut 3: Ja maar dat heb je heel vaak, want ik hoor heel vaak van familieleden: 'jullie hebben nu mijn moeder of vader heel goed actief gekregen, maar zodra je naar huis gaat, gaat ie wel zitten.'...

Fysiotherapeut 1: Ja daar kunnen wij niks aan doen.

Ergotherapeut 3: Dat kan maar dat heeft ook te maken met motivatie. Want diegene wil niet naar de fysiotherapie wil nooit therapie. Dus in hoeverre dat dan?

Fysiotherapeut 3: Dat komt vaak ook door de structuur van de setting hè.

Fysiotherapeut 1: Dan, maar dan kom je ook eigenlijk...

Ergotherapeut 3: Ook dan.

Fysiotherapeut 1: Maar dan kom je ook een beetje bij de vraag van in hoeverre is het onze verantwoordelijkheid om een patiënt gemotiveerd te maken.

Ergotherapeut 3: Ja, dat is zeker zo.

Fysiotherapeut 1: Want als iemand hier ongemotiveerd binnenkomt, hij is drie maanden hier, hij krijgt alle tools en hij komt enigszins tot een functioneel niveau of zelfs dat niet. En dan is de kans dat ie dat de volgende keer komt klein.

Fysiotherapeut 3: Dat is wel het wezenlijk tussen die extrinsiek en intrinsieke motivatie waar we het in het begin over hadden. Maar bij de achterdeur is die niet belangrijk, denk ik?

Fysiotherapeut 2: Ja, ja, maar ik vind dat ook wel heel belangrijk.

Fysiotherapeut 1: Ja, jawel.

Fysiotherapeut 3: Wat je zegt, van die mensen die dan binnen de structuur missen en dan weer in de thuissituatie zijn en eigenlijk stilvallen. Ja dan blijkt het gewoon. Meestal is dat dan extrinsieke motivatie waardoor ze niet zo ver zijn gekomen. Dus motivatie speelt wel mee maar die speelt niet mee bij de achterdeur volgens mij, want als die mensen de volgende keer binnen komen, komen die weer in de structuur van die setting waarbij ze toch weer aan de slag gaan.

Fysiotherapeut 2: Ja, maar ik denk zo die mensen willen niet lastiggevalen worden met een revalidatie.

Fysiotherapeut 1: Maar als die mensen bij de achterdeur al niet extrinsiek gemotiveerd zijn, dan gaat dat volgende keer ook niet lukken.

Fysiotherapeut 2: Ik denk dat dat met de leeftijd alleen maar minder zal worden.

Fysiotherapeut 3: Want ook dan heb je beide hè.

Fysiotherapeut 1: Ja, ja, dat is zeker.

Fysiotherapeut 3: Dat is een probleem. Ja.

Fysiotherapeut 1: De vraag is alleen in hoeverre, waar die op de ranglijst komt ten opzichte van anderen.

Fysiotherapeut 2: Want Medisch specialist 1, jij had die ook op drie staan. Motivatie wat is jouw toelichting?

Medisch specialist 1: Ja, ik denk als mensen hier zijn geweest dan hangt het af wat de reden is van de opname en hoe lang die hier is geweest. Maar als mensen hier zijn geweest en je hebt eraan getrokken en met pijn en moeite krijg je ze naar huis, dan denk ik dat je de volgende keer dan niet nog een keer aan moet trekken.

Fysiotherapeut 2: Ja, dat trekken he.

Medisch specialist 1: Maar als die patiënten de eerste maand niet gemotiveerd zijn en de komende twee maanden daarna wel gemotiveerd dan en naar huis gaan. Dan is de motivatie ook geen probleem.

Fysiotherapeut 1: Nee, nee, precies.

Fysiotherapeut 2: Maar dat bepaalt de marge dan bij de achterdeur.

Medisch specialist 1: Maar daar is motivatie ook geen probleem in die lijst die we moeten bespreken. Maar ja, er zijn toch genoeg patiënten waar je aan een dood paard aan het trekken bent, zes tot acht weken lang.

Fysiotherapeut 2: Tot frustratie van de therapeuten en iedereen, ja iedereen ja.

Ergotherapeut 3: Maar daarbij is de opname reden natuurlijk wel van belang hè. Want komen ze binnen met een CVA of een heup dat is natuurlijk een wezenlijk verschil.

Medisch specialist 1: Maar eigenlijk is de motivatie op het eind van de dag, dus de dag voor ontslag, doe je dit. En dat betekent dat als je in het begin niet gemotiveerd is omdat je een CVA hebt gehad of op de IC heeft gelegen en heel ziek is geweest, wil niet zeggen dat die niet in de laatste paar weken van de opname van een GRZ niet-gemotiveerd is.

Fysiotherapeut 1: Ja.

Fysiotherapeut 3: Maar gaandeweg met de discussie kun je in ieder geval concluderen, concluderen is een groot woord, maar kun je in ieder geval zeggen dat de motivatie minder op de voorgrond staat. Laat ik het zo stellen. En dat eigenlijk ook dat stukje cognitie en leerbaarheid, dat die leerbaarheid dat dan toch iets meer uitspringt dan cognitie omdat je

inderdaad bij de leerbaarheid toch een stukje cognitie meepakt. Dus dat is dan misschien niet meer zo essentieel om meer van die cognitie te weten.

Medisch specialist 1: En als je niet gemotiveerd bent, ben je ook niet leerbaar. Zo kun je het ook zien hè, dan kan motivatie en cognitie misschien wel weg.

Ondersteunende rol: Ergotherapeut 2 wat is jouw mening daarin?

Ergotherapeut 2: Wat medisch specialist 1 inderdaad zegt, dat zeiden we al in het begin met cognitie, leerbaarheid, en motivatie. Je zou dat als kapstok moeten pakken. Dat lijkt mij, zo heb je wel wat meer structuur.

Fysiotherapeut 1: Zodra het inderdaad leerbaarheid wordt met de onderbouwing van waarom de leerbaarheid niet aanwezig is. Dan kun je inderdaad zeggen, hij kan het niet, door zijn cognitieve problemen of hij wil het niet. Motivatie?

Medisch specialist 1: Ik denk alleen als je nu tien verpleegkundigen van de afdeling hier naar dit kamertje roept en je vraagt: "Leg mij uit wat leerbaar is?", dan gaat niemand zeggen dat het met die motivatie te maken heeft. Dus dat is mijn enige twijfel waarom ik leerbaarheid en motivatie wel los zou doen, maar ik denk dat cognitie en leerbaarheid wel onder één noemer vallen.

Fysiotherapeut 1: Ja, dat kun je inderdaad onder één noemer scharen.

Fysiotherapeut 2: Ja precies ik vind wel dat je hem zichtbaar maken in zo'n ranking, omdat het toch een hele grote factor is. Of misschien dan onder die cognitie. Maar het is wel een hele grote factor, ik zou die graag op drie zien dus.

Medisch specialist 1: En toch vind ik het wel heel bijzonder dat fysiek functioneren ook door jou op zes wordt gezet als fysiotherapeut en daarbij ben ik wel nieuwsgierig waarom?

Fysiotherapeut 2: Ja ik heb met opzet, ik heb...

Ondersteunende rol: Wie is het met het voorbeeld eens, kunnen we motivatie op drie zetten. Steek maar even de hand op.

Medisch specialist 1: Ja ik hoop...

Fysiotherapeut 2: Je moet de hand opsteken hè...

Gespreksleider: Ja, maar dan zit je nog steeds op vier...

Fysiotherapeut 3: Ik snap het niet bij die...

Fysiotherapeut 1: Ik heb het zelf op drie staan.

Gespreksleider: Dan zeg je dus bijvoorbeeld...

Medisch specialist 1: Zullen we dan even...

Gespreksleider: Hierbij vier van de zeven?

Medisch specialist 1: Maar ik denk dat we fysiek functioneren moeten bediscussiëren. Ja, daar zitten drieën en vieren en maar ook twee zessen in. Dus de vraag is hoe gaan jullie ons overtuigd krijgen dat wij van onze 6 een drie of een vier gaan maken?

Fysiotherapeut 1: Luister.

Medisch specialist 1: Wij hebben zes, ja.

Fysiotherapeut 3: Ik zat daar net over na te denken en ik denk is dit heel gek als fysiotherapeut? Maar ik bedoel het is niet zo gek omdat je eigenlijk weet dat door de jaren, door de behandelingen heen en door de tijdsperiode heen van een patiënt, dat op een gegeven moment die andere factoren veel meer van belang zijn. Uiteindelijk in dat hele proces.

Fysiotherapeut 1: Ben ik eens, maar op het moment dat er fysieke factoren aanwezig zijn die er sowieso al voor zorgen dat iemand eigenlijk niet op de juiste setting is binnen de GRZ, denk ik dat, dat eigenlijk al heel snel duidelijk is. Een mevrouw als patiënt bijvoorbeeld die was gemotiveerd, die was leerbaar, die wilde, die had alle randvoorwaarden. Die waren er,

waarvan je zegt, die zijn eigenlijk heel belangrijk. En die viel eigenlijk op het stukje fysiek functioneren.

Fysiotherapeut 3: Ja, maar...

Medisch specialist 1: Ik denk dat je wel moet kijken naar het gros van de patiënten.

Fysiotherapeut 3: Grootst vermogen, ja, precies. Ja pak het grootste ik ben het volledig met je eens.

Gespreksleider: Maar wat was er dan aanwezig bij die patiënt?

Fysiotherapeut 1: Ja, Ziek.

Gespreksleider: wat had ze precies?

Fysiotherapeut 1: Ja, in dit geval is dat niet van belang denk ik.

Gespreksleider: Je mag voor mij ook een andere ziekte pakken.

Fysiotherapeut 1: Nee, maar.

Gespreksleider: Het gaat mij om de ziektebeelden waarvan jij zegt dat iemand die dat heeft, het fysiek functioneren zo slecht is dat het niet lukt.

Fysiotherapeut 1: Zo kan het niet. Je kunt niet zeggen bij dat ziektebeeld komt iemand niet binnen.

Fysiotherapeut 2: Nee, maar ik denk wie zijn wij?

Ergotherapeut 1: Nee, maar bijvoorbeeld geen spierkracht uh

Fysiotherapeut 2: Praktisch ga je trainen. Je kunt nog geen oefening met de patiënt doen omdat bij elke oefening het is: 'o laat me effe met rust, de ogen vallen dicht'. Je hebt ook mensen die inderdaad slapend in de stoel zitten of achter de fiets zitten. Nou dat dat is geen belastbaarheid om ertegenaan te gaan.

Fysiotherapeut 1: Ja, ik kan meerdere voorbeelden noemen, maar de patiënt had dit gewoon niet gekund omdat ze het fysiek niet aankunnen.

Fysiotherapeut 2: Heel veel pauzes nodig hebben bij de therapie waarbij je eigenlijk in een half uur therapie misschien twee oefeningen hebt kunnen doen. Maar ja, nou ik dit zeg denk ik ook dit wil niet zeggen dat dat de volgende opname ook zo is.

Medisch specialist 1: Nogmaals hè, beoordelen op de dag voor ontslag. Ja, niet in de weken waar we naar ontslag toewerken.

Ergotherapeut 3: Ik heb fysiek functioneren op drie gezet. Dat is vooral omdat wanneer iemand naar huis toe gaat en met het fysiek functioneren kan de patiënt nog net naar huis. Maar het is een randgeval. De verwachting is dat iemand dan thuis is, zonder een structuur. Geen drie keer in de week fysiotherapie waar fysiek wordt onderhouden dat er toch een terugval zal zijn. Dan zul je zien dat juist bij die groep mensen straks niet meer belastbaar zijn voor de GRZ. Dat is dus daarom heb ik het iets hoger gezet.

Ergotherapeut 1: Bij mensen met een laag activiteitsniveau.

Ergotherapeut 3: Ja bijvoorbeeld ja, die gaan dan dusdanig achteruit weer in een thuissituatie.

Medisch specialist 1: En wat nou als het GRZ-doel is, Ik wil naar de wc kunnen lopen en terug en ik wil naar de koelkast kunnen lopen en terug.

Ergotherapeut 3: Ja maar dat is het inderdaad. Er is dus een laag activiteitsniveau. Maar ik bedoel als iemand qua fysiek functioneren qua belastbaarheid dat net haalt op het einde voor ontslag. Diegene gaat nog naar huis. Maar je verwacht dat in de loop van de tijd, dat de patiënt in een thuissituatie achteruitgaat. Want die krijgt daar niet meer drie keer in de week fysiotherapie.

Medisch specialist 1: Maar wie zegt dat je over een half jaar die niet nog een keer hier kan oppeppen om die twee kleine loopstukjes te halen?

Ergotherapeut 3: Ja dat is dus de vraag, maar ik verwacht dat iemand dus in die zin... Ja, ik snap wel wat je bedoelt.

Medisch specialist 1: Want ik denk dat we dan heel veel patiënten als 'niet-revalideerbaar' gaan verklaren. Als dit het criterium is. Ja, in ieder geval op West26.

Ergotherapeut 3: Ja, alleen is je uitgangsniveau dan weer een stukje lager.

Medisch specialist 1: Ik denk als je iemand met een laag fysiek functioneren hebt en je laat die naar huis gaan met een steady, dan heb ik al iets meer argumenten om die als 'niet-revalideerbaar' te verklaren. Want dan ga je al met een steady naar huis toe met maximale thuiszorg en noem maar op.

Ergotherapeut 3: Ik denk het wel, want dat valt onder planbare zorg.

Medisch specialist 1: Ik vind het wel een lastige.

Gespreksleider: Ik heb even wel een vraag voor jou, want jij zegt dat die nog een ander zorgplan had. Maar als het puur om oppeppen gaat, heb je dan wel een multidisciplinair team nodig?

Medisch specialist 1: Soms wel ja.

Gespreksleider: Soms wel. Oké.

Medisch specialist 1: Dat omdat bij name de toilet-handeling ook ergotherapeutisch is en niet per se alleen fysiotechnisch is.

Gespreksleider: Oké, maar gaat het dan niet alleen om dat stukje lopen naar het toilet.

Medisch specialist 1: Als je natuurlijk iemand 'niet-revalideerbaar' gaat verklaren op een GRZ, dan gaat een ELV hoog complex ook zeggen dat ze hem niet willen hebben. Want daar doe je ook revalideren.

Gespreksleider: Ja, maar dit is wel het 'niet-revalideerbaar' zijn puur binnen de GRZ zelf.

Medisch specialist 1: Ja snap ik, maar het enige verschil tussen GRZ en ELV hoog is dat je hier met meerdere paramedici werkt dan daar. Dus ik denk dat wat wij eigenlijk 'niet-revalideerbaar' noemen, ook binnen de ELV kan toepassen.

Fysiotherapeut 2: Ik wil bijna ... Ik heb hem op vier gezet, maar ik wil eigenlijk verlagen. Misschien wel naar zes. Want ik besef me nu dat ik dacht je zit met die patiënt in de therapie. De patiënt is niet belastbaar en heeft heel veel pauzes nodig. In het traject gezien, kan iemand pas met ontslag als dit niet meer van toepassing is. Dus iemand moet belastbaar genoeg zijn om de dag door te komen. Dat kun je als meetpunt pakken. Maar dat meetpunt wil niks zeggen op het punt wanneer iemand opnieuw een ziekenhuisopname heeft doorgemaakt. Dus daarom denk ik...

Medisch specialist 1: En als je nou iemand hebt met dat huis, met die voorbeelden, met die zes trapjes en die heeft totaal geen kinderen en geen steun systemen. Die vind ik 'niet-revalideerder' dan iemand die dan net krap aan het toilet een transfer doet.

Fysiotherapeut 2: Ja.

Medisch specialist 1: Daarom heb ik dus het fysieke functioneren lager en het sociale netwerk hoger gezet.

Fysiotherapeut 2: Want wij ranken dit op de dag voor ontslag. Iemand moet dan belastbaar genoeg zijn om de dag door te komen. Precies. En dan? Dan is belastbaarheid dus bij iedereen die je scoort optimaal voor die persoon.

Fysiotherapeut 1: Ja maar zoals je zegt gaan we ervan uit dat iemand met ontslag gaat naar huis en niet met ontslag naar het ziekenhuis.

Fysiotherapeut 2: Oh ja.

Fysiotherapeut 1: Want we hebben er genoeg, die op en neer gaan.

Fysiotherapeut 2: Daar zit je ook nog mee te kijken.

Fysiotherapeut 1: Natuurlijk. Waarvan ook herhaaldelijk blijkt dat ze niet geschikt zijn.

Medisch specialist 1: Ja, maar dat is weer een andere zijde. Ik denk dat we wel de vraag over hen moeten beantwoorden. Dan is het GRZ-traject dus netjes afgesloten.

Fysiotherapeut 1: Dan zou die van mij ook omlaag mogen.

Fysiotherapeut 2: Toch na zes dan. Ja ik zou ook inderdaad...

Fysiotherapeut 1: Ja.

Fysiotherapeut 3: En ik vind het interessant omdat ik denk vanuit een anekdote. Ik ben fysiotherapeut geworden voor motoriek. Bij deze behandel setting hebben we allemaal onze werken waar we energie ergens uithalen en wij bijvoorbeeld als fysiotherapeut en ergotherapeut uit de stappen die je maakt. Maar die haal je ook uit... En daarom gaan we met die rangordes schuiven omdat je groeit zelf een beetje van als iemand leerbaar is. Die motivatie is van belang. Die sociale omgeving is van belang. Dat blijft toch meer hangen bij de achterdeur dan die fysieke component. En je werkt in feite als therapeut al met die fysieke component, maar eigenlijk gaandeweg de route bouw je een relatie op. Hoe is iemand? Hoe krijg je iemand gemotiveerd of kan enthousiasmeren? Is iemand tactiel instelbaar? Is iemand visueel instelbaar? Hoe pikt iemand jouw dingen op? Dat is dan veel belangrijker, dus het gaat meer uiteindelijk om die persoon in kwestie dan uiteindelijk om het fysiek functioneren. En daar komen we volgens mij langzaam een beetje op uit.

Gespreksleider: Als ik dan vraag waar het voor iedereen staat. Wie zou het allemaal ermee eens zijn als het op plaats zes staat?

Fysiotherapeut 2: Ik denk dat iedereen dat zegt.

Fysiotherapeut 3: Ja, we hebben het net al die score gegeven.

Ergotherapeut 2: Ja nee, want ik denk dat het fysiek functioneren, bij ontslag dat daar het sociale netwerk en in welke mate sociaal netwerk moet intreden. En die fysieke omgeving, hoe moeilijk die fysieke omgeving het voor de persoon gaat maken, dat is dan wel afhankelijk van. Ja, dus daarom moet ik mikken op drie.

Fysiotherapeut 1: Ik weet niet of ik hem inderdaad op zes zal zetten.

Ergotherapeut 3: Ik zou hem wel iets lager zetten. Er is al een twijfel tussen vier of vijf, maar dat is voor mij geen...

Fysiotherapeut 2: Zullen we dan 5 doen? Dan hebben we een gulden middenweg.

Medisch specialist 1: Maar wat is voor jou dan de laatste? Wat vind jij minst belangrijk genoeg?

Ergotherapeut 3: Ik had fysieke omgeving als laatst.

Fysiotherapeut 2: Omdat die nog kan veranderen?

Ergotherapeut 1: Ja, die is onmisbaar.

Fysiotherapeut 2: Ja ja, dat klopt.

Ergotherapeut 3: Ja je zult zien dat iemand misschien wel dan na een aanleunwoning gaat.

Fysiotherapeut 2: Oh ja, mee eens.

Gespreksleider: Maar hoe zie jij dat dan?

Medisch specialist 1: Kan.

Ergotherapeut 3: Gewoon omdat het nog steeds een hele ongunstige fysieke omgeving is, maar die is zo verhandelbaar. Wat ik wat minder belangrijk vind...

Ergotherapeut 1: Ja.

Fysiotherapeut 1: Ja, dat is denk ik, van ze allemaal, het meest plastisch in woorden.

Fysiotherapeut 3: Ja, maar misschien is die niet zo van belang of het nu vijf of zes, maar wel of het drie vijf of zes is. Zo iets denk ik...

Fysiotherapeut 1: Maar goed, als we het er wel over eens zijn.

Fysiotherapeut 2: Dat D 6 is.

Fysiotherapeut 1: Precies dat D 6 is. Dan komen we al meteen niet meer een maat voor die andere twee.

Fysiotherapeut 2: Zullen we die eerst stemmen dan? Wie vindt D op zes? Dat schiet op.

Fysiotherapeut 1: Dat is me eens consensus.

Ergotherapeut 3: Ik zie hier opluchting.

Fysiotherapeut 1: Dan zitten we...

Gespreksleider: Nee, ze is ook na de klok aan het kijken. We hadden gezegd dat het tot 16:00 uur duurt.

Fysiotherapeut 1: Dan hebben we alleen nog de sociale omgeving hangen en het fysiek functioneren. Welke inderdaad daarvan...

Gespreksleider: We hebben ook nog niet die motivatie, want dat is een vier op zeven en we hadden gezegd dat wij 75 procent consensus willen.

Fysiotherapeut 1: Ja, ja.

Fysiotherapeut 3: Ja ja ja. Ja motivatie is dan meer gekoppeld aan...

Ergotherapeut 3: Is het makkelijker om nu even die vijf te bepalen? Zeg maar de één na minst belangrijke. Dan kunnen we zo naar boven toe werken.

Fysiotherapeut 2: Maar wacht even. Dus stel iemand gaat naar een aanleunwoning maar krijgt toch een stuk zorg. Dan is een sociaal netwerk veel minder belangrijk dan dat iemand zonder thuiszorg naar huis gaat. Snap je? Toen was...

Fysiotherapeut 1: Die ja.

Medisch specialist 1: En die woning werkt ook op basis van thuiszorg en verder helemaal niks. Ze zijn mensen die in aanleunwoningen wonen en die gaan dagelijks eten bij de waar ze zitten. Maar daar zijn ook mensen die bij een aanleunwoning tweemaal daags thuiszorg krijgen en verder helemaal niks doen buiten dat.

Ergotherapeut 1: Het is hetzelfde als een gelijkvloerse woning met wat aanpassingen. Dat is het enige verschil.

Fysiotherapeut 1: Ja.

Ergotherapeut 1: Maar qua functioneren en netwerk verder niks.

Ergotherapeut 3: Nee, fysiek.

Medisch specialist 1: Zijn we het erover eens dat functioneren dan vijf is?

Fysiotherapeut 2, Fysiotherapeut 1, Ergotherapeut 1: Ja

Gespreksleider: Oké hoeveel mensen fysiek functioneren?

Medisch specialist 1: Allemaal

Fysiotherapeut 1: Kijk eens, we zijn ergens.

Medisch specialist 1: Nu, is het de vraag wat is belangrijker? Motivatie of sociaal netwerk?

Fysiotherapeut 3: Ik zou kiezen voor sociaal netwerk.

Fysiotherapeut 2: Ja, maar sociaal netwerk kan ook wel heel variabel zijn.

Medisch specialist 1: Maar gaat dat nog veranderen na ontslag? Als ik geen kinderen heb ga ik die niet meer krijgen als ik op een GRZ zit.

Fysiotherapeut 2: Nee oké maar als de partner sterft?

Fysiotherapeut 1: Sommigen gaan nou eenmaal achteruit.

Ergotherapeut 1: Hoe slechter de motivatie, hoe meer je nodig hebt aan het sociale netwerk.

Fysiotherapeut 1: Ja.

Medisch specialist 1: Ik vind sociale netwerken of motivatie.

Fysiotherapeut 2: Ja ja.

Fysiotherapeut 1: Kijk, als het ja...

Medisch specialist 1: Motivatie gaat over een intrinsiek iets en dat is misschien iets meer veranderbaar in de tijd dan een sociaal netwerk.

Fysiotherapeut 2: Iemand kan zeggen ik ga echt niet meer mijn best doen om naar huis te kunnen. Ik wil niet meer naar huis, ik wil naar een zorg instelling. Ja dan maar gelijk...

Ergotherapeut 1: Dan naar de GRZ en dan naar huis.

Medisch specialist 1: Maar toch, als ze eenmaal thuis is kan dat misschien wel weer veranderen.

Fysiotherapeut 1: Ja precies.

Medisch specialist 1: Terwijl het sociaal netwerk niet zo heel snel meer veranderd. Dat kan alleen maar kleiner worden in de toekomst.

Fysiotherapeut 1: Precies. Dan zou ik zeggen...

Medisch specialist 1: De meeste GRZ-patiënten gaan geen vriendjes meer maken om dat uit te breiden.

Fysiotherapeut 2: Nee, ja.

Medisch specialist 1: Of ze maken vriendjes met de verkeerde patiënten waar je dan niks aan hebt als sociaal netwerk.

Fysiotherapeut 2: Ja, dus je zou eigenlijk voorstellen om E op vier te zetten.

Medisch specialist 1: En dat sociaal netwerk komt dan op drie, motivatie komt dan op vier. Dat is zo een beetje de vraag of vinden we toch dat motivatie belangrijker is dan het sociaal netwerk?

Ergotherapeut 3: Ik vind sociaal netwerk ook belangrijker.

Ergotherapeut 1: Ja.

Gespreksleider: Dus sociaal netwerk op drie?

Fysiotherapeut 1: Ja, als de motivatie er niet is, gaat het sociaal netwerk hier ook niks aan veranderen.

Medisch specialist 1: Maar de vraag is, kun je op het eind van de revalidatie zeggen dat de motivatie zo slecht is dat die niet meer naar GRZ mag komen? Want die is van meer factoren afhankelijk. Dus daarom zou ik zeggen je doet het sociaal netwerk op drie en die op vier.

Fysiotherapeut 1: Ja, dat klopt. Prima.

Gespreksleider: Oké. Sociaal netwerk op drie. Dus dat is dan zeven op zeven. Ja, en dan komt die automatisch op vier.

Fysiotherapeut 2: Die staan ook zeven op zeven.

Ondersteunende rol: Iedereen daarmee eens?

Fysiotherapeut 1: Nou ja. Zware bevalling, maar dan heb je ook wat.

Fysiotherapeut 3: Zo zwaar was die niet. Goede bevalling.

Gespreksleider: Dit is gewoon de uitkomst na de discussie. Vast initieel de leerbaarheid staat op twee met zes van de zeven en na discussie zijn gewoon alle anderen punten vastgesteld met zeven op zeven.

Fysiotherapeut 1: De cognitie staat er nog bij.

Ergotherapeut 3: Cognitie mag voor mij eigenlijk wel, ja sorry...

Ondersteunende rol: Nee nee, maakt niet uit.

Ergotherapeut 3: Ja ik ben het wel eens dat cognitie misschien niet eens in de lijst hoeft.

Ergotherapeut 1: Omdat?

Ergotherapeut 3: Omdat leerbaarheid inderdaad veel meer zegt bij de achterdeur dan cognitie in het algemeen.

Fysiotherapeut 1: Ja inderdaad. Ik denk uiteindelijk als je cognitie door gaat voeren kom je uiteindelijk toch altijd bij leerbaarheid uit. Want waarom is het een probleem als iemand executief of een dementieel beeld heeft?

Ergotherapeut 3: Hoe ga je om met je cognitie? En dat zegt veel meer dan dat stukje leerbaarheid.

Fysiotherapeut 1: Onder de streep kom je dan toch altijd bij leerbaarheid uit.

Ergotherapeut 3: Kun je strategieën toepassen?

Fysiotherapeut 1: Ja, dat kan daar onder leerbaarheid.

Ergotherapeut 2: Een mooie voor jullie om op te nemen in de discussie.

Gespreksleider: Ja ja, nee ik laat hem gewoon staan want...

Fysiotherapeut 2: Dat is oke. Ik zou het erin willen laten staan. Wel ja.

Fysiotherapeut 3: Dat zou ik ook. Ik stel voor dat jullie een vervolgtraject nu maken, ook over een voordeur.

Fysiotherapeut 1: Ja, maar dat is een...

Fysiotherapeut 3: Dat is een nieuwe discussie.

Fysiotherapeut 1: Maar dat is voor een andere groep en dat is niet voor hen.

Fysiotherapeut 3: Nee, deze groep.

Fysiotherapeut 1: Nou ja, dat doet die nou.

Fysiotherapeut 3: Nee, doe nu niet zo serieus man.

Fysiotherapeut 1: Dan komen er nieuwe studenten.

Fysiotherapeut 3: Nee, zeker.

Gespreksleider: De conclusie die we dan hebben is dat de term 'niet-revalideerbaarheid' gaan definiëren aan de termen die we hierop hebben gesteld. Dan blijft cognitie eigenlijk. Wat gaat er allemaal onder vallen? Dat en onder leerbaarheid is hetzelfde. Wat wel duidelijk is gebleken uit alle gesprekken die nu op en neer zijn gegaan, is dat het 'niet-revalideerbaar' zijn niet één van deze is, maar een samenhang van meerdere. Maar dat leerbaarheid daar wel gewoon centraal in staat in plaats van...

Medisch specialist 1: Vaak. Ik denk dat als de leerbaarheid er niet is, dat de rest ook niet belangrijk is.

Gespreksleider: Dus met andere woorden staat het dan niet centraal of is dat dan van mij een verkeerde interpretatie?

Medisch specialist 1: Jij zegt dat het altijd meerdere moeten zijn, maar ik denk dat... Daar ben ik het niet helemaal mee eens, want van al de leerbaarheid alleen dan houdt het op. En de rest hangt vast van factoren, denk ik.

Fysiotherapeut 1: Maar...

Gespreksleider: 'Niet-revalideerbaar' kan dit dan inhouden of ...

Medisch specialist 1: Of...

Ergotherapeut 3: Een combinatie van onderstaande.

Gespreksleider: Ja of zeg maar een combinatie van de rest of...

Fysiotherapeut 1: Want als je het bijvoorbeeld over een beperkte leerbaarheid hebt, dan is het afhankelijk van een fysieke omgeving, een sociaal netwerk, fysiek functioneren of iemand al dan 'niet-revalideerbaar' is.

Fysiotherapeut 2: Ja, maar leerbaarheid is ook niet zwart wit. Het is een bepaalde mate van.

Medisch specialist 1: En als je beperkt leerbaar bent, ben je dus wel leerbaar.

Fysiotherapeut 1: Precies.

Fysiotherapeut 2: En dan komt de rest om de hoek kijken.

Medisch specialist 1: Maar leerbaarheid wel als ja of nee beantwoorden. Want je moet niks aan de verbeelding overlaten. Dat maakt het alleen maar verwarrend.

Fysiotherapeut 2: Lastig.

Medisch specialist 1: Maar als je beperkt leerbaar bent, ben je wel leerbaar.

Fysiotherapeut 2: Ja ja ja.

Fysiotherapeut 1: Ja ja als je niet leerbaar bent, ben je niet leerbaar.

Medisch specialist 1: Ja ja ja. Dus als je leerbaar bent en jij zegt dan het is een beetje beperkt is het antwoord ja en dan ga je naar de andere factoren kijken en dan besluit je of uiteindelijk iemand 'niet-revalideerbaar' is. Ja, maar als die opraakt, is de patiënt leerbaar

en het antwoord is nee, dan ben je eerder klaar. Dan hoef je de rest van de factoren niet te kijken.

Fysiotherapeut 2: Dan zet je een beslisboom. Ja, ja, nee. Kun je dat wel maken? Oké.

Fysiotherapeut 3: Dat is mooi voor die nieuwe manier.

Medisch specialist 1: Ja, precies. En die vragen willen we graag hebben.

Gespreksleider: Gezien de tijd wil ik jullie in ieder geval allemaal bedanken voor jullie deelname en aanwezigheid.

Bijlage 9 - Codeboom vraagstelling 1

Hangt af van de functionele prognose, belastbaarheid, leerbaarheid/trainbaarheid van de cliënt.

Dat het niet realistisch is om met een patiënt in een revalidatie traject te zitten omdat er factoren zijn die een vooruitgang in de weg staan.

Leerbaarheid van patiënt is te laag.

Door bepaalde factoren (zie 2) geen effectieve bijdrage kunnen/willen leveren aan het eigen revalidatieproces, waardoor de mate van herstel die eigenlijk behaald zou kunnen worden stukje bij beetje afneemt. En hierdoor ook het algeheel functioneren en de zelfredzaamheid negatief beïnvloed worden.

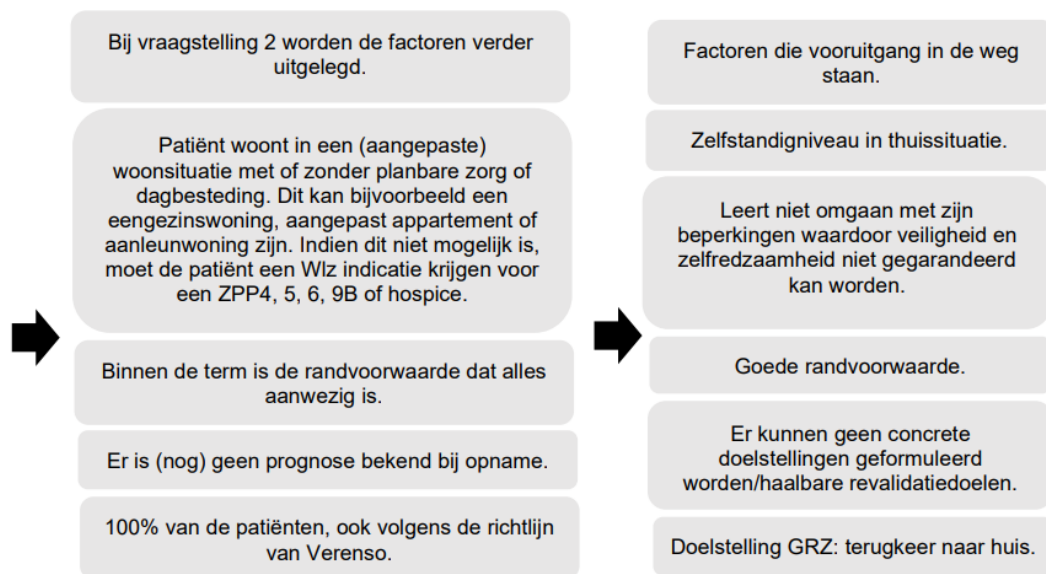
Als tijdens de opname van een GRZ-patiënt blijkt dat er geen haalbare revalidatiedoelen gesteld kunnen worden of dat blijkt dat deze doelen niet behaald kunnen worden tijdens de opnameduur, of helemaal niet, is een patiënt niet geschikt voor een revalidatieproces, oftewel, niet revalideerbaar. Onder haalbare revalidatiedoelen wordt in dit geval gesteld dat een patiënt doelen moet hebben waarbij een zelfstandig niveau in de thuissituatie haalbaar is. Een zelfstandig niveau is in dit geval een niveau waarbij een patiënt met of zonder ondersteuning kan functioneren in een al dan niet aangepaste woonsituatie.

Er zijn geen (er kunnen geen) concrete doelstellingen geformuleerd worden vanuit de vorige setting waar de patiënt verblijft.

Samenwerking met de verwijzers speelt een rol.

Niet revalideerbaar binnen Zuyderland GRZ betekent dat de cliënt ondanks adequate en op maat ondersteuning en begeleiding van multidisciplinaire professionals niet leert omgaan met zijn beperkingen waardoor en veiligheid en zelfredzaamheid niet gegarandeerd kan worden. Opmerking: bieden wij wel voldoende ondersteuning/begeleiding op maat als professionals?

Niet-revalideerbaar zijn is niet "voldoen" aan de doelstelling van de GRZ, welke terugkeer naar huis is.



Bijlage 10 - Codeboom vraagstelling 2

Cognitie: Indien er cognitieve problemen zijn waardoor het niet haalbaar is voor de patiënt om (zelfstandig) veilig in de thuissituatie te zijn.	Sociale opname zonder duidelijke doelen.
Clïënt heeft dusdanige cognitieve problemen waardoor er geen inzicht of onvoldoende inzicht is in eigen functioneren. Cognitieve problemen ten gevolge van NAH of dementieel beeld.	Bijkomende actuele ziektebeelden 'toeters en bellen' vanuit de kliniek.
Cognitie (executieve functies, leerbaarheid, motivatie etc.), NVF voorheen (al (gedeeltelijk) begeleid wonen), bepaalde mate van zorg betrokken (HH, TZ), zonder partner en/of sociaal netwerk), onderliggende medische problematiek die op de voorgrond staat los van opname-indicatie.	Prognose.
Verminderde cognitie: Niet instrueerbaar of leerbaar, delirant, sommige vormen van dementie.	Fysieke omgeving.
Cognitie.	Zorg (Plan-baar of niet): Op het moment dat er sprake is van on-planbare zorg kan een patiënt niet zelfstandig thuis wonen > Niet-revalideerbaar.
Motivatie van de revalidant.	Irreële verwachtingen.
Motivatie: Indien een patiënt niet voldoende gemotiveerd is/blijkt om het revalidatieproces succesvol te volbrengen (doelen te behalen) > Niet-revalideerbaar.	Sociale omgeving of netwerk.
Te lage leerbaarheid.	Niet revalideerbare cliënten kunnen mits een adequaat netwerk toch terug naar hun thuissituatie.
Het niet kunnen formuleren van doelstellingen.	Mobiliteit: Welk niveau van mobiliteit is minimaal benodigd om in de thuissituatie te kunnen functioneren, is dit niet haalbaar> niet-revalideerbaar.
	M.a.w. de functionele mogelijkheden zijn te beperkt, om veiligheid en zelfredzaamheid in thuissituatie te garanderen.
	Belastbaarheid.



Cognitieve problemen in de breedste zin die naar huisgaan belemmeren op wat voor manier dan ook.

Cognitie is niet veranderbaar.

Cognitie is abstract en wordt grotendeels gedekt door leerbaarheid.

Cognitie leerbaarheid motivatie, kapstok met leerbaarheid als stam.

Geen motivatie is geen succesvolle revalidatie. Als je niet gemotiveerd bent, ben je niet leerbaar.

Het onderscheid van extensieke en intrinsieke motivatie is niet van toepassing.

Motivatie is veranderbaar. De revalidatie setting kan voor motivatie zorgen. De opname reden is van belang.

Leerbaarheid is leren omgaan met beperkingen.

Intruseerbaar is niet gelijk aan leerbaar.

Leerbaarheid is te objectiveren > zoeken naar parameters.

Dementie automatisme met een bepaalde mate van leerbaarheid.

Gedrag valt deels onder leerbaarheid.

Leerbaarheid verandert niet snel.

Ik mis de beschrijving van de thuis situatie.

Veranderen van woonsituatie niet realistisch (6-8 weken)(huis-appartement).

Tussen 2 opnames op de GRZ kan de fysieke omgeving veranderd zijn.

Irreële verwachtingen van mantelzorger of patiënt. Ze hebben nu doelen die van te voren ook al niet konden. Patiënt heeft te horen gekregen dat ze 3-6 maanden op GRZ mogen verblijven.

Sociaal netwerk kan veranderen, wordt alleen maar kleiner.

Actuele ziektebeelden, delirant, dementie. Hierbij hoort ook voorgeschiedenis. Als delirant goed revalideert > niet weigeren.

Belastbaarheid moeilijker te toetsen dan leerbaarheid (parameters). Wisselende psychologische belasting. Patiënt moet genoeg energie hebben om de dag door te komen (meetwaarde). Belastbaarheid kan veranderd zijn. Mensen met een laag activiteitsniveau hebben grotere kans op achteruitgang in thuissituatie.

Prognose hoort onder actuele ziektebeelden. Fysiek functioneren, belastbaarheid, bijkomende ziektebeelden bepalen prognose. Doel is better in- better out. Kalendeleeftijd 60-70 > 90. Fysieke mogelijkheden.

Als de patiënt niet-planbare zorg nodig heeft, komt diegene niet op de GRZ.

Mobiliteit valt onder fysiek functioneren.

