

SYNTHESE

Globale Geriatrische Benadering: Rol van de Interne Geriatriische Liaison Teams



SYNTHESE

Globale Geriatrische Benadering: Rol van de Interne Geriatrische Liaison Teams

MIEKE DESCHODT, VEERLE CLAES, BASTIAAN VAN GROOTVEN, KOEN MILISEN, BENOIT BOLAND, JOHAN FLAMAING, ALAIN DENIS, FRANÇOIS DAUE, LUT MERGAERT, CARL DEVOS, PATRIEK MISTIAEN, KOEN VAN DEN HEEDE



■ VOORWOORD

Het is al vaker gezegd, de vergrijzing van onze bevolking is eerst en vooral goed nieuws: het betekent dat we langer leven, maar ook dat we langer in goede gezondheid leven. Niet verwonderlijk dus dat de populatie in het ziekenhuis gemiddeld een steeds hogere leeftijd heeft. Bijna de helft van de opnamedagen in niet-geriatrische afdelingen zijn nu voor rekening van mensen ouder dan 75 jaar.

Kwetsbare ouderen (frailty) worden bij voorkeur opgenomen op een geriatrische afdeling, die ingesteld is op de 'geriatrische aanpak', waarbij men naast de medische problemen ook oog heeft voor mogelijke psychosociale en functionele problemen. Toch valt het niet te vermijden dat mensen met een duidelijk geriatrisch profiel ook op andere verpleegafdelingen worden opgenomen, en dit zal in de toekomst zeker niet minder het geval zijn. Ook al is dit perfect te verantwoorden vanuit het specifieke probleem waarvoor ze werden opgenomen, dan nog blijft er voor hen daarnaast ook een specifiek 'geriatrische' aanpak nodig. Vandaar dat men in ons land sinds 2007 geopteerd heeft voor het uitbouwen van een geriatrische liaison functie: mobiele teams die binnen het ziekenhuis geriatrische know-how ter beschikking stellen van de andere afdelingen. Er werd ook financiering voorzien, en dus een bijhorend reglementair kader.

Hoe kijken wij hier bijna tien jaar later tegen aan? Bereikt dit model het vooropgestelde doel? Worden er intussen geen andere (ditmaal hopelijk terdege beproefde) modellen naar voren geschoven? Is het door de overheid vrij precies bepaalde kader dienstig of remt het het lokale initiatief af? Of moet het probleem in de eerste plaats stroomopwaarts van het ziekenhuis worden aangepakt? Deze vragen werden ons vanuit het werkveld aangereikt, hierin ten volle gesteund door de FOD Volksgezondheid.

Hopelijk kan deze studie zowel de zorgverleners in de klinische praktijk als de overheid een paar handvatten aanreiken om de zorg voor elke geriatrische patiënt nog beter af te stemmen op diens specifieke noden, ongeacht waar die zorg wordt verstrekt. Wij konden alvast rekenen op de gedreven steun van talrijke experts – klinici en mensen uit het beleid – die mee hun schouders onder dit project hebben gezet, waarvoor onze oprechte dank en appreciatie.

Christian LÉONARD
Deputy general director

Raf MERTENS
General director



■ SAMENVATTING

DOELSTELLING

Dit onderzoek evalueert de **functie van de interne geriatrische liaison, die een aanvulling vormt op de acute geriatriediensten (G-diensten)** volgens het **Belgische zorgprogramma voor de geriatrische patiënt**. Ze is bedoeld voor patiënten van 75 jaar en ouder die op niet-geriatrische diensten gehospitaliseerd zijn.

De rol van deze liaisonteams bestaat, o.a., uit:

- de evaluatie van **de geriatrische noden** ('geriatrisch assessment') van de oudere patiënten gehospitaliseerd op niet-geriatrische diensten;
- **het formuleren van aanbevelingen** voor de arts en/of het verpleegkundige team van de dienst waar de patiënt is gehospitaliseerd.

In dit onderzoek hebben we geprobeerd:

- de sterktes en zwaktes van de huidige werking van de interne geriatrische liaisonteams te evalueren;

lessen te trekken uit de analyse van internationale praktijkvoorbeelden, wat betreft de organisatie van de zorg.



KERNBOODSCHAPPEN

- **De acute geriatriediensten** blijven het **'gouden standaard model'** voor de ziekenhuiszorg van patiënten ≥ 75 jaar met een **geriatrisch profiel**. Maar de capaciteit van de **G-diensten** is, vandaag reeds, **onvoldoende in verhouding tot het aantal gehospitaliseerde patiënten met een geriatrisch profiel**. Dit probleem zal door de vergrijzing de komende jaren alleen maar toenemen.
- In België opteerde de overheid voor de functie van de **interne geriatrische liaison om aan dit probleem tegemoet te komen**. Dit is een mobiel team met een specifieke geriatrische expertise dat een globaal geriatrisch assessment uitvoert bij patiënten op niet-geriatrische diensten die geïdentificeerd werden als hoogrisicopatiënten. Op basis hiervan worden er aanbevelingen geformuleerd ter attentie van de arts en/of het verpleegkundige team van de dienst waar de patiënt gehospitaliseerd is.
- Deze functie geniet een **goede 'face-validiteit'** (perceptie) op het terrein ondanks **beperkte wetenschappelijke bewijzen van de doeltreffendheid**.
- In de Belgische ziekenhuizen worden de principes van de 'globale geriatrische benadering ('Comprehensive geriatric care') heterogeen toegepast door de interne geriatrische liaisonteams. Die **heterogeniteit** zien we ook op internationaal niveau.
- De **capaciteit** van het Belgische zorgprogramma voor de geriatrische patiënt **voldoet niet aan de huidige noden** en nog minder aan de toekomstige behoeftes. Er moeten dringend maatregelen worden getroffen om de globale geriatrische kennis en expertise van het verzorgend personeel op te krikken en de 'geriatrische cultuur' in heel de ziekenhuiswerking te verankeren. Daarnaast moet ook de geriatrische discipline aantrekkelijker worden gemaakt voor verpleegkundigen en artsen.
- Het **ontbreken van een gestructureerde evaluatie** en van een **formeel platform om praktijkvoorbeelden uit te wisselen**, vormt een groot obstakel voor het uittesten van **opkomende innoverende zorgmodellen**, zoals bijvoorbeeld het co-management model.
- We moeten erover waken dat de **geriatrie specifieke aandacht** krijgt in de **kwaliteitscontroleprocedures** binnen de kwaliteitsaudits en de accreditatieprocessen van de ziekenhuizen.



■ SYNTHESE

INHOUDSTAFEL

■	VOORWOORD	1
■	SAMENVATTING	2
■	SYNTHESE	4
1.	CONTEXT	6
1.1.	EEN VEROUDERENDE (ZIEKENHUIS)POPULATIE	6
1.2.	HET GERIATRISCH PROFIEL	6
1.3.	Globale geriatrische benadering vergt een multidisciplinaire aanpak	7
1.4.	EEN 'GOUDEN STANDAARD' DIE NIET MEER VOLSTAAT.....	7
1.5.	DE INTERNE GERIATRISCHE LIAISON	7
2.	DE ORGANISATIE VAN DE ZIEKENHUIZORG VOOR GERIATRISCHE PATIËNTEN IN BELGIË	8
2.1.	HET ZORGPROGRAMMA VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT: VIJF MANIEREN OM DE ZORG VOOR OUDERE PATIËNTEN TE VERBETEREN	8
2.1.1.	De acute geriatriedienst	9
2.1.2.	De interne geriatrische liaison functie	9
2.1.3.	De externe geriatrische liaison functie	10
2.1.4.	De ambulante geriatrische consultaties	10
2.1.5.	De geriatrische dagziekenhuizen	10
2.2.	GERIATERS: DE VRAAG OVERSCHRIJDT HET AANBOD RUIMSCHOOTS	10
2.3.	TE WEINIG VERPLEEGKUNDIGEN GESPECIALISEERD IN DE GERIATRIE	10
3.	UITDAGINGEN VOOR DE INTERNE GERIATRISCHE LIAISONTEAMS	11
3.1.	DOELTREFFENDHEID INTERNE GERIATRISCHE LIAISONTEAMS: WETENSCHAPPELIJKE EVIDENTIE BEPERKT	11
3.1.1.	Een positieve perceptie	12
3.1.2.	Internationaal geen wijdverspreid concept.....	12
3.2.	ZORGMODEL EN IMPLEMENTATIE ZIJN HETEROGEEN	12
3.2.1.	Heterogeniteit bij de implementatie van de principes van de globale geriatrische benadering	12
3.2.2.	Heterogeniteit van de organisatorische aspecten.....	14



3.3. ONTSTAAN VAN ALTERNATIEVE ZORGMODELLEN 16

3.4. DE EVALUATIE VAN DE KWALITEIT VAN DE GERIATRISCHE ZORG LAAT NOG TE WENSEN
OVER..... 17

4. CONCLUSIE 17

- **AANBEVELINGEN 19**
- **REFERENTIES 21**



1. CONTEXT

1.1. Een verouderende (ziekenhuis)populatie

Europa vergrijst

De stijging van de levensverwachting en de daling van het geboortecijfer veroorzaken een vergrijzing van de Europese bevolking. In 2012 vertegenwoordigden de 65-plussers 17,9% van de bevolking van de 27 lidstaten. Tegen 2060 zal dit cijfer oplopen tot 29,3%.¹

België vormt hierop geen uitzondering: in 2014 was 17,9% van Belgen 65 jaar of ouder. Tegen 2060 zal dit stijgen tot 25,8%.² Hoewel de meerderheid (72%) van de personen uit de leeftijdscategorie 65-74 jaar verklaart in goede gezondheid te zijn³, neemt het aantal mensen met meerdere (chronische) aandoeningen toe.⁴ Bij de 75-plussers geeft slechts 57% aan nog in goede gezondheid te zijn.³ Onze gezondheidszorg staat voor een grote uitdaging: een diepgaande hervorming is nodig om aan deze evolutie tegemoet te komen.

Ook de ziekenhuispopulatie vergrijst

Het aandeel van patiënten ouder dan 75 jaar die gehospitaliseerd zijn in acute, niet-geriatrische diensten^a (niet-G diensten) ligt al vrij hoog: in 2011 vertegenwoordigden ze 27,24% van de patiënten en 43% van de hospitaliseringsdagen. De groep ≥ 85 jaar vertegenwoordigde respectievelijk 9,19% van de patiënten en 16,25% van de hospitaliseringsdagen op niet G-diensten. We verwachten een continue stijging van het aandeel van deze oudere patiënten in de volgende decennia.⁵

Binnen deze oudere populatie **ligt het aandeel patiënten met een geriatrisch profiel hoog**. Het concept 'geriatrisch profiel' wordt echter niet uniform gemeten. Dit levert cijfers op die gaan van 39 tot 51% in België^{6, 7} en tot meer dan 80% in andere landen.^{8, 9}

1.2. Het geriatrisch profiel

Een persoon met een geriatrisch profiel is een oudere persoon die een belangrijke kwetsbaarheid vertoont omwille van één of meerdere van de volgende redenen: "*bepaalde homeostase (NB Het in evenwicht zijn van alle functies in het lichaam, zoals temperatuur, bloeddruk en ademhaling, en het vermogen van het lichaam dit evenwicht te behouden) actieve polypathologie, atypische klinische beelden, verstoorte farmacokinetica, gevaar van functionele achteruitgang, gevaar voor deficiënte voeding, tendens tot inactiviteit en bedlegerigheid, met toegenomen risico op opname in een instelling en afhankelijkheid bij de activiteiten van het dagelijks leven, psychosociale problemen.*"¹⁰

Niet alle patiënten van ≥ 75 jaar beantwoorden aan deze definitie, maar er zijn anderzijds patiënten jonger dan 75 jaar die tot deze groep kunnen behoren.

Bij patiënten met een geriatrisch profiel kunnen de pathologieën zich op een atypische manier presenteren, wat hun diagnose bemoeilijkt. De respons op de behandelingen kan anders zijn of vertraagd. Daarbij is er ook vaak nood aan sociale begeleiding. Om al deze redenen mag geriatrie niet opgevat worden als een pure 'organeeskunde', maar als een holistische en multidisciplinaire benadering. De eerste doelstelling is niet een eventuele 'genezing' maar een optimalisatie van het functioneren, de autonomie en de levenskwaliteit van de betrokken persoon.¹¹

^a Bron: door het TCT gekoppelde databanken MZG/RHM en AZV/SHA met inbegrip van alle gehospitaliseerde patiënten (uitsluitend intramuraal verblijf, met uitsluiting van verblijf in N*, E, M, NIC, K, K1, K2 eenheden)



1.3. Globale geriatrische benadering vergt een multidisciplinaire aanpak

De patiënten met een geriatrisch profiel vragen dus om een andere benadering dan andere patiënten van dezelfde leeftijd. Deze benadering, **Comprehensive Geriatric Assessment** (in het Nederlands vertaald door 'globale geriatrische evaluatie'), is in werkelijkheid veel meer dan een eenvoudige evaluatie of assessment. De benadering omvat immers drie opeenvolgende stappen¹²:

- **een screening** met wetenschappelijk gevalideerde instrumenten om de patiënten met een hoog risico op functionele achteruitgang die een geriatrische benadering nodig hebben, te identificeren.^{12, 13}
- **een globale evaluatie ('assessment')** van deze hoogrisicopatiënten om hun noden vast te stellen (functionele mogelijkheden, cognitieve prestaties, voedingssituatie, medische toestand, sociale situatie) om aanbevelingen uit te werken voor hun zorgplan.¹⁴
- **het verstrekken van de gepaste evidence-based zorgen** indien er geriatrische problemen werden vastgesteld.¹²

De globale geriatrische benadering

De 'globale geriatrische evaluatie', ook 'gestandaardiseerde geriatrische evaluatie' of 'globale gerontologische benadering' genoemd, is een *'interdisciplinair multidimensionaal proces gericht op het bepalen van de medische, psychosociale en functionele mogelijkheden van een kwetsbaar persoon met het oogpunt een gecoördineerd en geïntegreerd plan te ontwikkelen voor zijn behandeling en zijn opvolging op lange termijn'*.^{12, 15}

Om verwarring te vermijden tussen de hierboven vermelde evaluatiefase (het 'assessment') en de globale benadering, zullen we deze laatste in dit rapport **'globale geriatrische benadering'** noemen.

De globale geriatrische benadering werd geëvalueerd met degelijk onderbouwde meta-analyses^{14, 15}. Zij tonen de voordelen van deze aanpak aan in vergelijking met de conventionele zorg: daling van het sterftecijfer, hoger aandeel patiënten dat naar huis ging, beter cognitief functioneren.

1.4. Een 'gouden standaard' die niet meer volstaat

Op basis van de literatuur blijven de **acute geriatriediensten** (G-diensten) de gouden standaard. Door de demografische evoluties moeten er echter bijkomende modaliteiten worden voorzien om alle patiënten met een geriatrisch profiel kwaliteitsvolle zorg via de 'globale geriatrische benadering' te kunnen aanbieden.

De acute geriatriediensten zijn **specifieke verpleegafdelingen** die beschikken over een **multidisciplinair team** dat wordt gecoördineerd door een **geriater**. Afhankelijk van hun focus op acute zorgen en/of revalidatie worden er andere termen gebruikt in de literatuur (bijv. *acute care for elders* of *ACE units*; *geriatric evaluation and management units* of *GEMU*).¹⁴ Deze eenheden leveren betere resultaten op dan de klassieke ziekenhuisdiensten, met onder andere minder valincidenten, acute verwarring, opnames in een instelling, sterftegevallen in het ziekenhuis en functionele achteruitgang.¹⁴⁻¹⁸

Naast deze gouden standaard is er in de literatuur vooral sprake van **twee andere zorgmodellen die een globale geriatrische benadering van gehospitaliseerde patiënten mogelijk maken**¹⁴: de **interne geriatrische liaisonteam** en het **co-managementmodel**.

1.5. De interne geriatrische liaison

Dit onderzoek gaat over de interne geriatrische liaisonteam.

We hebben geprobeerd:

- **de sterktes en zwaktes van de huidige werking te evalueren;**
- **lessen te trekken uit internationale praktijkvoorbeelden, wat betreft de organisatie van de zorg.**

Het interne geriatrische liaisonteam is een **mobiel team** met een specifieke geriatrische expertise (voornamelijk geriater en gespecialiseerde verpleegkundige). Dit team bezoekt hoogrisicopatiënten (geïdentificeerd



tijdens een voorafgaande screeningprocedure) wanneer ze worden opgenomen in een **niet-geriatrische** ziekenhuisdienst.

Het interne liaisonteam voert een diepgaand geriatrisch **assessment** uit en formuleert **aanbevelingen** voor de arts en/of het verpleegkundige team van de dienst.

Deze teams krijgen in de literatuur verschillende benamingen, zoals 'inpatient geriatric consultation teams' (IGCT), '(multidisciplinaire) interne geriatrische liaisonteams', 'geriatrische evaluatieteams', 'interdisciplinaire geriatrische consultatieteams'.

Methodes

Dit onderzoek combineert verschillende methodes:

- **Een beschrijving van de organisatie van de interne geriatrische liaisonteams** op basis van de gegevens uit de Belgische grijze literatuur, wettelijke documenten, gegevens van de FOD Volksgezondheid, van het RIZIV en van administratieve databanken (gekoppelde data: RHM-MZG en facturatiegegevens AZV-SHA).
- **Een SWOT-analyse** door respectievelijk 4 en 2 focusgroepen met geriaters (n=9), verpleegkundigen (n=24) en andere zorgverleners uit interne geriatrische liaisonteams (n=4), of uit verpleegafdelingen die beroep doen op deze teams (n=4) en ziekenhuismanagers en beheerders (n=11).
- **Een literatuurstudie om internationale voorbeelden van goede praktijk te vinden**, aangevuld met een **enquête** bij interne geriatrische liaisonteams en ziekenhuismanagers in Frankrijk (n= 14 ziekenhuizen) en Nederland (n=11 ziekenhuizen) en **semi-gestructureerde interviews** met Amerikaanse onderzoekers (n=4) gespecialiseerd in dit domein.

2. DE ORGANISATIE VAN DE ZIEKENHUIZORG VOOR GERIATRISCHE PATIËNTEN IN BELGIË

In België is de organisatie van de geriatrische ziekenhuiszorg formeel van start gegaan met het KB van 1985 over de regelgeving van de acute geriatriediensten (G-bedden). Deze organisatie werd vervolgens uitgebreid met het al vernoemde zorgprogramma voor de geriatrische patiënt (KB van 2007, herzien in april 2014).¹⁰ Dit KB voorziet dat elk ziekenhuis met een acute G-dienst (n=99) een zorgprogramma voor de geriatrische patiënt moet hebben. Ziekenhuizen zonder acute G-dienst (n=5) moeten een functioneel samenwerkingsverband hebben met het dichtstbijzijnde algemeen ziekenhuis met een erkend zorgprogramma voor de geriatrische patiënt.

2.1. Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt: vijf manieren om de zorg voor oudere patiënten te verbeteren

Het hoofddoel van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt bestaat erin "via een pluridisciplinaire benadering te streven naar een optimaal herstel van de functionele performantie en naar een zo groot mogelijke zelfredzaamheid van de oudere persoon."

Sinds april 2014 voorziet de wet dat elke gehospitaliseerde patiënt van minstens 75 jaar door een teamlid van de afdeling waar hij/zij verblijft moet worden gescreend met een wetenschappelijk gevalideerd instrument.

De patiënten die op basis daarvan worden geïdentificeerd als hoogrisicopatiënten (en dus mogelijks een geriatrisch profiel hebben) moeten vervolgens worden onderzocht door het multidisciplinaire interne liaisonteam. Als dit niet gebeurt moet de reden worden toegelicht in het patiëntendossier. Patiënten jonger dan 75 jaar die een geriatrisch profiel blijken te hebben kunnen ook worden opgenomen in het zorgprogramma.



Naast de erkenningscriteria (bijv. de samenstelling van het multidisciplinaire team en het opleidingsniveau van de leden, de rol en het profiel van de programmacoördinatoren, bepaalde bouwkundige normen), vermeldt het KB vooral dat het zorgprogramma de geriatrische zorg binnen de Belgische ziekenhuizen moet structureren volgens 5 onderdelen (zie hoofdstuk 2 [wetenschappelijk rapport](#) voor gedetailleerde informatie).

2.1.1. De acute geriatriedienst

Er is een norm die het aantal geriatrische bedden (G-bedden) in de Belgische ziekenhuizen vastlegt (6 G-bedden per 1.000 inwoners van ≥ 65 jaar).¹⁹ In 2013 werden van de 11.755 geprogrammeerde bedden er slechts 7.341 (62,45%) erkend als G-bed.

De G-bedden worden gefinancierd via het ziekenhuisbudget (Budget van Financiële Middelen of BFM). Het aantal 'verantwoorde' G-bedden, dus de bedden waarvoor het ziekenhuis een budget krijgt, ligt echter hoger dan het aantal erkende G-bedden. Dit betekent dat de overheid een aantal noodzakelijke G-bedden geprogrammeerd heeft, maar dat deze, omwille van verschillende redenen (bv. tekort aan geriateren, financiële stimuli), niet volledig worden ingevuld door de ziekenhuizen. De evaluatie van de oorzaken en mogelijke oplossingen voor dit probleem valt buiten het kader van dit onderzoek.

2.1.2. De interne geriatrische liaison functie

Het hoofddoel van de interne geriatrische liaison functie is het verspreiden van de geriatrieprincipes en de pluridisciplinaire expertise onder de zorgverstrekkers van de andere ziekenhuisdiensten, en dit **voor alle patiënten van ≥ 75 jaar met een geriatrisch profiel** met inbegrip van het dagziekenhuis. Het geriatrisch liaisonteam bestaat uit geriateren (meestal deeltijds), verpleegkundigen gespecialiseerd in de geriatrie, ergotherapeuten, eventueel kinesitherapeuten, logopedisten en psychologen. Het team moet minstens 2 VTE (Voltijds Equivalent) tewerkstellen maar de exacte omvang wordt berekend op basis van het aantal patiënten van ≥ 75 jaar dat jaarlijks wordt opgenomen in de niet-G diensten van het ziekenhuis. De rol van de interne liaison omvat:

- een eerste evaluatie van het geriatrische profiel van de patiënten die bij de voorafgaande screening, uitgevoerd op de niet-G ziekenhuisdiensten, werden aangegeven als risicopatiënten;

- een multidisciplinaire geriatrische evaluatie ('assessment') van de patiënten van wie het geriatrische profiel werd bevestigd door deze eerste evaluatie;
- de formulering van aanbevelingen voor het team en de arts van de niet-G dienst gedurende de volledige hospitalisatieperiode;
- de formulering van aanbevelingen voor de huisarts bij het vertrek van de patiënt, om nieuwe opnames te vermijden;
- de verspreiding van de geriatrische principes in het hele ziekenhuis, zoals bijv. het sensibiliseren voor de opsporing van patiënten met een geriatrisch profiel, de organisatie van opleidingen voor het medisch en paramedisch personeel, enz.

Het interne liaisonteam verstrekt dus geen directe zorgen aan de patiënten. Het team moet minstens een keer per week samenkomen om hun interventies te bespreken. Alle besproken informatie wordt opgenomen in de patiëntdossiers en doorgegeven aan de zorgteams.

Financiering van de interne geriatrische liaisonteams

Tussen 2007 en 2013 werden interne geriatrische liaisonteams gefinancierd in het kader van **pilootprojecten**. De financiering was identiek voor alle deelnemende ziekenhuizen (ongeveer € 184.000 om 4 VTE te financieren, wat neerkwam op € 16.884.208 voor 92 ziekenhuizen²⁰).

Sinds 1 januari 2014 worden deze fondsen structureel opgenomen in de ziekenhuisfinanciering. Ieder acuut ziekenhuis met een erkende dienst voor geriatrie (naast een dienst voor chirurgie en een dienst voor interne geneeskunde) ontvangt een budget om interne geriatrische liaison consultaties te organiseren. Dit budget garandeert minimaal 2 VTE (1 VTE is € 58.000) met een maximum van 6 VTE. Dit aantal VTE hangt af van het aantal patiënten van ≥ 75 jaar in de niet-G diensten.²¹

Er zijn ook twee specifieke nomenclatuurcodes voor de liaisongeriateren, één voor de consultatie op een niet-G eenheid (maximum 2 per verblijf) en één voor de deelname aan de multidisciplinaire vergadering (maximum 2 per week).²⁰

De geïnterviewde professionals beschouwen de evolutie van pilootprojecten naar een structurele werking als zeer **positief**, maar ze geven niettemin aan dat de ambities van de wetgever veel hoger liggen dan de middelen die



worden toegekend. Naast de financiering, die ze te beperkt vinden om teams samen te stellen, vinden ze de prestatievergoedingen onvoldoende. Zo wordt de tijd nodig om een geriatrische evaluatie uit te voeren of om een zaalronde te doen onvoldoende vergoed, wordt de tijd van de kinesitherapeuten die deelnemen aan de multidisciplinaire vergaderingen niet vergoed, is de nomenclatuur van de consultatie van de geriatrische liaison niet toepasbaar op patiënten van jonger dan 75 jaar. Daarom moeten de ziekenhuizen vaak keuzes maken – soms in strijd met de wetgeving – om de werkdruk van deze teams te verlichten. Ze beperken o.a. het aantal ziekenhuisdiensten dat op hen beroep kan doen of ze trekken de drempelwaarde op die patiënten moeten halen om beschouwd te worden als geriatrische patiënt.

2.1.3. De externe geriatrische liaison functie

Bedoeling van de externe functie is het overdragen van de geriatrische principes en expertise aan de **huisartsen** en de andere **eerstelijnszorgverstrekkers**. Zo wil men de continuïteit van de zorg optimaliseren, onnodige (her)opnames vermijden, synergieën creëren en zorgnetwerken voor en na ziekenhuisopname ontwikkelen.

2.1.4. De ambulante geriatrische consultaties

Deze monodisciplinaire consultaties, uitgevoerd door geriateren, zijn in principe bedoeld voor patiënten die werden doorverwezen door hun huisarts. De doelstelling van deze consultaties is het geven van geriatrisch advies of het uitvoeren van interventies die geen multidisciplinaire benadering vereisen.

2.1.5. De geriatrische dagziekenhuizen

De doelstelling van deze dagziekenhuizen is het organiseren van een geriatrische evaluatie en revalidatie volgens een multidisciplinaire benadering. De patiënten worden er opgenomen op vraag van hun huisarts, van een specialist of na een geriatrische consultatie zoals hierboven vermeld.

Na een jarenlang bestaan als pilootprojecten, worden de geriatrische dagziekenhuizen sinds 1 juli 2014 structureel gefinancierd.²¹

2.2. Geriateren: de vraag overschrijdt het aanbod ruimschoots

De specialisten in de interne geneeskunde kunnen sinds 1986 werken als geriateren dankzij een *'bijzondere beroepsbekwaming in de geriatrie'*. De titel *'geneesheer-specialist in de geriatrie'* bestaat sinds 2005.²² In 2013 werkten er ongeveer 280 geriateren in ziekenhuizen (zonder de assistenten in opleiding). 210 van hen factureerden prestaties binnen het kader van de interne liaisonteams.

Het overlegplatform over het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt berekende **het aantal geriateren in opleiding dat elk jaar nodig is** om aan de eisen van het programma te voldoen. Volgens deze experts bedraagt het noodzakelijke aantal geriateren minstens 1,5 VTE per 24 toegewezen G-bedden²³. Op basis van dit minimale scenario werd berekend dat er in 2010 143 VTE geriateren te weinig waren.²⁴

De planningscommissie van het medische aanbod raadt een minimum jaarlijks quotum van 20 nieuwe geriateren tussen 2010 en 2018 aan en stelt zelfs voor om vanaf 2020 geen maximum quota meer op te leggen. De commissie signaleerde ook dat deze evolutie niet kan bijgebeend worden met het huidige aantal opleidingsplaatsen.²⁵ Tussen 2010 en 2013 begonnen slechts 28 artsen aan een opleiding in de geriatrie. Vermits de minimale planning 80 VTE voorziet,²⁶ is er alleen al voor die 4 jaar een tekort van 52 geriateren.

De geïnterviewde professionals zijn van mening dat er andere beleidsmaatregelen moeten worden getroffen om deze medische specialisatie aantrekkelijker te maken, o.a. een stijging van het aantal opleidingsplaatsen²⁵ en een verhoging van de honoraria.²⁷

2.3. Te weinig verpleegkundigen gespecialiseerd in de geriatrie

Sinds 2007 krijgen verpleegkundigen met een specifieke expertise in de geriatrie (specifieke opleiding, werkervaring in geriatrisch milieu) een *'bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie'* (voor gegradueerde verpleegkundigen en bachelors in de verpleegkunde) of een *'bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de geriatrie'* (ook voor gebrevetteerde verpleegkundigen), wat hen jaarlijks een premie oplevert.²³



In 2010 waren er respectievelijk 668 en 628 verpleegkundigen met deze kwalificatie. Nochtans werkten er volgens de MVG (Minimale Verpleegkundige Gegevens) op 1 december 2010 respectievelijk 321 VTE en 139 VTE verpleegkundigen met dit profiel in de Belgische ziekenhuizen. Dit doet vermoeden dat veel van deze verpleegkundigen deeltijds of buiten de ziekenhuizen werken.²⁸

In 2013 was het aantal erkende verpleegkundigen wel al aanzienlijk gestegen tot respectievelijk 1.960 en 3.020. Het is echter niet makkelijk om te weten wat hun tewerkstellingspercentage is binnen de geriatrische zorgprogramma's in de acute ziekenhuizen, omdat de erkenning in 2012 werd uitgebreid naar verpleegkundigen in rust- en verzorgingstehuizen.^{29, 30}

De meeste verpleegkundigen op G-diensten of binnen het kader van het geriatrische zorgprogramma beschikken niet over de beroepstitel of -bekwaamheid in de geriatrie.²⁸ De geïnterviewde professionals beschouwden dit als problematisch omdat de geriatrische competenties van de algemeen gevormde verpleegkundigen volgens hen niet voldoen. Deze mening wordt ondersteund door een audit van de Vlaamse verpleegkundige opleidingen. Deze toonde grote verschillen aan tussen de scholen op gebied van aantal lesuren dat wordt besteed aan geriatrie, het aantal stages en de beschikbare expertise.³¹

Bovendien werd het systeem van 'referentieverpleegkundigen voor geriatrische zorgen' binnen de niet-G diensten afgeschaft toen het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt in april 2014 werd herzien.¹⁰ Dit systeem – bedoeld voor verpleegkundigen van algemene ziekenhuisdiensten met een interesse voor/opleiding in geriatrie – lijkt te zijn mislukt. Dit is te wijten aan een gebrek aan financiële middelen maar ook aan een gebrek aan interesse/expertise bij de verpleegkundigen van de niet-G diensten.

3. UITDAGINGEN VOOR DE INTERNE GERIATRISCHE LIAISONTEAMS

Het probleem waarvoor het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt vandaag staat is dubbel: aan de ene kant zijn er niet voldoende acute geriatriediensten (G-diensten) om te voldoen aan de noden van een oudere bevolking die snel toeneemt. Er zijn zelfs aanwijzingen dat de huidige capaciteit reeds ontoereikend is (aantal verantwoorde G-bedden ligt hoger dan aantal erkende G-bedden, aantal erkende G-bedden ligt lager dan aantal geprogrammeerde G-bedden). Aan de andere kant is er een reëel tekort aan geriaters en verpleegkundigen gespecialiseerd in de geriatrie.

Er moeten dus oplossingen gevonden worden zodat **de patiënten met een geriatrisch profiel in de niet-G diensten ook behandeld worden op basis van de principes van de 'globale geriatrische benadering'**. Daarom onderzochten we de sterktes en zwaktes van het Belgische interne geriatrische liaisonmodel.

We moeten wel opmerken dat de door ons bevroegde professionals hun twijfels hadden over het behoud van dezelfde zorgkwaliteit buiten specifieke geriatrische verpleegafdelingen. Zij vinden de voorgestelde alternatieve organisatiemodellen minder goed.

3.1. Doeltreffendheid interne geriatrische liaisonteams: wetenschappelijke evidentie beperkt

In de wetenschappelijke literatuur bestaan er geen harde bewijzen voor **de klinische effectiviteit** van de interne geriatrische liaisonteams. Er zijn ook geen gevalideerde gegevens over hun **essentiële kenmerken** (samenstelling van de teams, keuze van de screeningsmethodes). We vonden maar 30 publicaties over 24 verschillende teams in 7 landen, over een periode van 30 jaar (1983-2012). De meeste publicaties dateren van voor 1999 en komen vooral uit de Verenigde Staten en Canada, op enkele recente Europese onderzoeken na.

Een recent werk van Deschodt et al. (2013)³² toonde aan **dat er vandaag geen bewijs bestaat van de klinische effectiviteit van deze teams** op basis van parameters zoals functioneel herstel, het aantal heropnames of de verblijfsduur in het ziekenhuis. Het effect op de mortaliteit is significant op 6 en 8 maanden, maar niet op de andere tijdstippen (1 maand, 3



maanden, 1 jaar). Deze niet-significante resultaten kunnen gedeeltelijk worden verklaard door bepaalde beperkingen van de studies die werden opgenomen in deze publicatie (bijv. heterogeniteit van de interventie, samenstelling team, frequentie multidisciplinaire meetings, keuze parameters, weinig toezicht op implementatie van de interventie).

3.1.1. Een positieve perceptie

Ondanks het ontbreken van harde bewijzen voor de effectiviteit van interne liaisonteams, beschouwen de geïnterviewde Belgische professionals ze als een organisatiemodel dat de geriatrische expertise bij de behandeling van patiënten met geriatrisch profiel in niet-G diensten kan verhogen. Ze hebben de indruk dat door dit model het aantal heropnames verlaagt en dat het functioneel herstel van deze patiënten verbetert. Ze wijzen ook op het belang van de **holistische en multidisciplinaire benadering** en de **verspreiding van een geriatrische expertise en cultuur binnen de instellingen**.³³

Het sterke geloof in de liaisonteams vinden we ook terug in de aanbevelingen van verschillende Belgische instanties, waaronder de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) en de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie (BVG). Deze aanbevelingen zijn dus meer gebaseerd op een positieve perceptie dan op wetenschappelijke evidentie.

3.1.2. Internationaal geen wijdverspreid concept

De meeste westerse landen staan voor gelijkaardige demografische uitdagingen als België en toch **is het interne geriatrische liaisonmodel er niet echt verspreid**. Behalve in België wordt het model enkel in Frankrijk en in Nederland ruim toegepast. Hoewel dit model afkomstig is uit de Verenigde Staten, werd het daar nooit op grote schaal in de praktijk gebracht. De ziekenhuizen die het model hebben aangenomen, hadden te maken met financiële obstakels (gebrek aan een specifiek budget) en een tekort aan geriaters. De Verenigde Staten hebben bovendien een kleinere oude bevolking dan de meeste Europese landen. Het huidige aandeel van 17,9% Belgen van ≥ 65 jaar zal men in de Verenigde Staten pas bereiken in 2025.^{2, 34}

3.2. Zorgmodel en implementatie zijn heterogeen

De manier waarop de interne liaisonfunctie wordt geïmplementeerd verschilt erg tussen de Belgische ziekenhuizen. Het grootste verschil zit hem in de screenings- en assessment methodes en de ziekenhuisdiensten waar de teams actief zijn. Deze verschillen worden waarschijnlijk veroorzaakt door de operationele keuzes van de ziekenhuizen om de werkdruk voor deze teams doenbaar te houden. Diezelfde heterogeniteit bestaat ook op internationaal niveau (zie details internationale vergelijking in hoofdstuk 4 van het [wetenschappelijk rapport](#)).

3.2.1. Heterogeniteit bij de implementatie van de principes van de globale geriatrische benadering

Opsporing (screening) van oudere personen met een geriatrisch profiel: er zijn verschillende methodes, maar welke gebruiken?

In de literatuur worden **verschillende screeningsinstrumenten** vermeld om oudere personen met een geriatrisch profiel te identificeren maar **geen enkel van deze instrumenten voldoet helemaal**.³⁵⁻³⁸ Belgische onderzoeken tonen ook aan dat de verschillende onderzochte instrumenten, zelfs als ze gebruikt worden met een minder gevoelige cut-off, een erg lage specificiteit behouden (een hoog aantal valse positieven), waardoor de interventies van de teams minder doelgericht worden.³⁹

Zelfs al is geen enkel van de bestaande instrumenten ideaal, ze zijn wel noodzakelijk om de patiënten met een geriatrisch profiel te identificeren. De liaisonteams kiezen dus hun tools in functie van verschillende criteria, zoals het gebruiksgemak, de face-validiteit (de indruk dat de tool valide is), de bedoeling van de screening (bijv. om een functionele achteruitgang te voorspellen of om te beslissen over een opname).³⁶

De in de Belgische ziekenhuizen meest gebruikte instrumenten zijn de Triage Risk Screening Tool (TRST) en de Identification of Seniors At Risk (ISAR). Verschillende ziekenhuizen gebruiken ze met minder gevoelige cut-off waarden dan aangeraden in de literatuur.⁴⁰ Op die manier proberen ze het aantal vals positieven te verlagen, met het risico om personen die wel degelijk een geriatrisch profiel hebben te missen. Ondanks de recente verplichting om alle patiënten van ≥ 75 jaar te screenen, wordt er soms een extra selectie ingevoerd bovenop deze screening (bijv. in functie van de verpleegafdeling of van de klinische kenmerken).



Op internationaal niveau zien we ook dat er heel uiteenlopende opsporingsmethodes worden gebruikt. In de Nederlandse ziekenhuizen wordt het gebruik van gevalideerde instrumenten systematisch vermeld. Dit kan te maken hebben met het feit dat het uitvoeren van screenings er een kwaliteitsindicator is. In Frankrijk is de opsporing beperkt tot de evaluatie van een aantal arbitrair vastgelegde parameters die verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis (bijv. leeftijd van ≥ 75 jaar en heupbreuk).

Hoogrisicopatiënten: leidt een positieve screening altijd tot een bezoek van het interne liaisonteam?

Na de selectie van de patiënten moet er een **gepaste interventie** gebeuren op basis van **een meer diepgaande evaluatie (assessment)**. Maar welke?

Van de Franse en Nederlandse geriatrische liaisonteams die hebben geantwoord op onze enquête, voert slechts de helft automatisch een globaal geriatrisch assessment uit na een positieve screening. Als belangrijkste reden hiervoor wordt hoge werkdruk vermeld. In de meeste Belgische ziekenhuizen wordt na een positieve screening wel aan het liaisonteam gevraagd om langs te komen. Vraag is of deze screening echt systematisch wordt uitgevoerd en of het aantal patiënten met een positieve screening correct wordt ingeschat. De prevalentiecijfers in de Belgische onderzoeken (zie punt 1.1) zijn namelijk relatief laag. Bovendien werd bij slechts 6% van de patiënten van ≥ 75 jaar op niet-G diensten in 2011 een prestatie door een geriater in het kader van een interne geriatrische liaison consultatie aangerekend.

Cijfers over de navolging van de nieuwe wettelijke verplichting om alle patiënten van ≥ 75 jaar te screenen zijn niet beschikbaar. De geïnterviewde Belgische zorgverstrekkers waren van mening dat deze navolging zeer heterogeen is. Uit de interviews bleek ook dat wanneer een screening wordt uitgevoerd, de kwaliteit niet altijd beantwoordt aan de vereiste standaard. Het verplicht voorzien van een veld 'resultaat van de screening' in het elektronisch patiëntendossier zou maar een gedeeltelijke oplossing zijn en levert geen garantie op kwaliteit. Volgens de geïnterviewde professionals kan de kwaliteit van de screening worden verbeterd door op de niet-G diensten een cultuur te promoten met meer aandacht voor 'geriatrische zorg'. Dit vraagt wel permanente vorming en de steun van het ziekenhuismanagement.

Is de evaluatie van de geriatrische patiënten werkelijk 'globaal'?

De globale geriatrische benadering is een **multidimensionaal proces** en houdt rekening met de medische, functionele, mentale en sociale kenmerken van de patiënt. Vele internationale publicaties bespreken de initiële geriatrische evaluatie (assessment), maar nauwelijks de helft analyseert de vier hierboven vermelde kenmerken. Bovendien evalueren de meeste liaisonteams slechts enkele aspecten van elk kenmerk.

De resultaten van onze enquête bij de liaisonteams in Frankrijk en Nederland zijn positiever: alle domeinen en alle aspecten van de evaluatie worden door de meeste teams onderzocht. In Nederland bestaat er een guideline voor deze evaluatie ('CGA guidelines for geriatric co-management').

In België lijken de resultaten ook beter dan in de literatuur. In 2010 zegt 87% van de Belgische ziekenhuizen met een intern geriatrisch liaisonteam een gestructureerd evaluatieschema te gebruiken. In de meeste gevallen gebeurt deze evaluatie uitsluitend op de **algemene hospitalisatiediensten**. Slechts in 11% van de gevallen zijn de interne liaisonteams ook actief in de **spoeddiensten**.⁴⁰ Volgens de geïnterviewde professionals is een grondiger onderzoek naar de rol van de interne liaisonteams op de spoed nodig. Ze vinden een zo vroeg mogelijke screening en evaluatie belangrijk, zodat het zorgprogramma zo snel mogelijk kan worden opgestart en de patiënten naar de gepaste diensten kunnen worden doorverwezen. Deze 'vroegtijdige' evaluatie zou bijvoorbeeld kunnen worden uitgevoerd bij ongeplande opnames via de spoed of tijdens consultaties voor een geplande ziekenhuisopname.

In Frankrijk is een tussenkomst van de interne geriatrische liaisonteams op de spoeddienst wettelijk verplicht. Deze maatregel is het gevolg van de extreme hitte in 2003. In Nederland komen de teams zelden in actie op de spoeddienst.



Opvolging van de aanbevelingen: te zwak om impact te hebben?

Een globale geriatrische evaluatie moet resulteren in een **geïntegreerd en gecoördineerd zorgplan**. Binnen het geriatrische liaisonmodel moeten er aanbevelingen worden geformuleerd over de zorg die de patiënt moet krijgen. Volgens het literatuuronderzoek **varieert de mate waarin deze aanbevelingen worden opgevolgd echter aanzienlijk**.^{14, 32}

Dit probleem is in ons land goed gekend. Een meerderheid van de geïnterviewde teams⁴⁰ maakte er melding van en het kwam uit de SWOT-analyse ook naar voor als een **grote zwakte**. De meest aangehaalde reden hiervoor is **dat de liaisonteams slechts een adviserende rol hebben**.^{20, 33} Andere redenen zouden zijn dat het team zelf niet voldoende mogelijkheden heeft om de aanbevelingen op te volgen³³, dat de andere medische specialisten te weinig openstaan voor de geriatrische principes en dat er onvoldoende tijd is om de aanbevelingen tijdens het ziekenhuisverblijf op te volgen, door de inkorting van de verblijfsduur. Andere belemmeringen situeren zich op het niveau van het ziekenhuismanagement (gebrek aan ondersteuning) en van het zorgsysteem (bijv. financierings-, personeels- of opleidingsproblemen).

Wij vroegen de deelnemers ook naar mogelijke oplossingen. Bijna alle Nederlandse ziekenhuizen die deelnamen aan de enquête organiseren opleidingen of coaching van de zorgteams. De liaisonteams zouden ook een gemengde rol kunnen spelen. Dan kunnen ze bijvoorbeeld bepaalde zorginterventies rechtstreeks voorschrijven of zelf een deel van hun eigen aanbevelingen uitvoeren.³² Maar dit laatste zou de werkdruk nog vergroten, terwijl ze nu al overbelast zijn.

De opvolgingsproblemen worden het vaakst opgegeven door de teams met een uitsluitend raadgevende rol. Daarom wordt de potentiële impact van een aanpassing van die rol best bestudeerd. De semi-gestructureerde interviews met de Noord-Amerikaanse experts wijzen op een groeiende interesse voor het co-managementmodel (zie verder).

Welke opvolging na ontslag uit het ziekenhuis?

De geïnterviewde professionals signaleren dus heel wat problemen binnen het ziekenhuis. Daarnaast zijn er ook nog vele uitdagingen voor de samenwerking met de eerstelijnszorg.

Sinds april 2014 moeten de aanbevelingen van het geriatrische liaisonteam aan de huisarts worden doorgegeven. De implementatie van de aanbevelingen op het terrein is echter beperkt. Eén van de obstakels, volgens de geïnterviewde professionals, is de terughoudendheid van de ziekenhuisartsen om ze op te nemen in de ontslagbrief voor de huisarts. Sommigen beweren zelfs dat het dan zichtbaar worden van het niet naleven van de aanbevelingen door de eigen ziekuistteams, de reden is voor de terughoudendheid.

Van de door ons gecontacteerde Franse ziekenhuizen gaven bijna alle liaisonteams hun evaluatie en aanbevelingen door aan de eerstelijnszorg. In Nederland daarentegen is dat slechts het geval bij de helft, ondanks de guidelines die wijzen op het belang van de zorgcontinuïteit.

3.2.2. Heterogeniteit van de organisatorische aspecten

Voldoet het aanbod aan de vraag?

Tijdens de fase van de pilootprojecten telden de Belgische interne geriatrische liaisonteams gemiddeld 4,3 VTE (1,9 tot 10,1). Dit betekent dat sommige ziekenhuizen hun teams financierden met andere middelen dan de hiervoor voorziene fondsen (die 4 VTE dekten). Dit was omdat ze overtuigd waren van de positieve bijdrage van deze teams aan de zorgkwaliteit. Het tegendeel werd echter ook vastgesteld, namelijk dat het budget voor de liaisonteams werd gebruikt voor andere doeleinden (bijv. om het aantal verpleegkundigen van de G-eenheden te verhogen of om een psycholoog aan te werven die niet binnen het liaisonteam werkte).

De geïnterviewde professionals bevestigden unaniem dat **de vraag naar geriatrische zorg ruimschoots de mogelijkheden van de beschikbare human resources overschrijdt** (en het budget dat hen werd toegewezen). Het reeds vermelde tekort aan geriateren en aan gekwalificeerd verpleegkundig personeel werd aangehaald als één van de belangrijkste obstakels. Exacte cijfers over het aanbod en de vraag ontbreken echter, (aantal hoogrisicopatiënten, aantal evaluaties dat door de liaisonteams werd uitgevoerd). De enige beschikbare cijfers zijn de schattingen van de werklust



van de teams tijdens de pilootprojecten. De mediaan lag op 591 consultaties per jaar en per team en voor 423 patiënten werden aanbevelingen geformuleerd.⁴⁰ Bovendien ligt het aandeel patiënten van ≥ 75 jaar, in niet-G diensten, voor wie een nomenclatuurcode in het kader van geriatrische liaison werd gefactureerd (gemiddeld 6% in 2011 met grote variaties tussen de ziekenhuizen) veel lager dan wat werd verwacht op basis van de literatuurstudie.^{6, 8, 36}

Welke samenstelling (en financiering) van de teams?

De huidige samenstelling van de geriatrische liaisonteams varieert erg, in België en in de andere landen. **Verpleegkundigen en gerieters hebben meestal het klinisch leiderschap over het team.** Tijdens de pilootprojectfase werkten verpleegkundigen en ergotherapeuten in meer dan 90% van de teams. In meer dan de helft van de gevallen kwamen daar gerieters, diëtisten, psychologen en logopedisten bij. De sociale werkers, kinesitherapeuten en psychiaters waren eerder oproepbaar op vraag.⁴⁰

De verpleegkundigen combineren vaak een uitgebreide expertise en een gedegen opleiding in de geriatrie. In de Verenigde Staten hebben de meeste verpleegkundigen een opleiding op masterniveau en bekleden ze functies als **advanced practice nurses** (*clinical nurse specialist in gerontology/geriatrics, geriatric nurse specialist practitioner*). Ondanks het ontbreken van enig wettelijk en financieel kader, zijn enkele Belgische ziekenhuizen vandaag aan het experimenteren met gelijkaardige functies.⁴¹

Het reeds aangehaalde probleem van het betrekken van de gerieters doet zich zowel voor in België, als in Frankrijk en Nederland. Hun werklast is zo groot dat ze hun activiteiten vaak moeten beperken tot hun werk in de G-eenheden. Gevolg hiervan is een laag aantal multidisciplinaire vergaderingen over de patiënten van de niet-G eenheden. Nochtans erkennen de geïnterviewde professionals dat de aanwezigheid van het liaisonteam daarbij zonder twijfel een toegevoegde waarde betekent (bijv. betere opvolging van de aanbevelingen, gerichtere aanvragen). Maar de inkorting van de verblijfsduur beperkt de mogelijkheden voor de liaisonteams om deel te nemen.

De betrokkenheid van de kinesitherapeuten bij de multidisciplinaire teamvergaderingen stelt een specifiek probleem, omdat ze vaak een zelfstandig statuut hebben en ze per prestatie worden vergoed. In sommige ziekenhuizen lost men dit op door hen met eigen fondsen te vergoeden voor hun deelname aan een multidisciplinaire vergadering.

Een oproep om kennis uit te wisselen

Bij de eerste pilootprojecten van 2007 werd de implementatie van de interne geriatrische liaisonteams ondersteund door een **consortium van academische teams**, gefinancierd door de FOD Volksgezondheid. Een beschrijving van de taken en functies werd opgesteld volgens een bottom-up participatieve benadering. Dit document werd daarna gebruikt als uitgangspunt voor de andere ziekenhuizen, die zich nadien bij de pilootprojecten aansloten. Dit voorbereidende werk was gebaseerd op een zeer intensief proces waarbij informatie en reflecties over de dagelijkse praktijk per geografische regio werden uitgewisseld. Deze voorbereiding resulteerde in een brede consensus, en dus in een uitstekende aanvaarding op het terrein.⁴² Toen de overheidssteun werd stopgezet is deze interactieve uitwisseling, die erg werd gewaardeerd door de deelnemende ziekenhuizen, jammer genoeg langzaam uitgedoofd.

De geïnterviewde professionals betreuren het ontbreken van een formeel platform om informatie, ervaringen en innoverende praktijken uit te wisselen, enkele initiatieven tussen een aantal ziekenhuizen⁴³ buiten beschouwing gelaten. Ondanks een zeer normatieve wetgeving (die de ziekenhuizen met moeite kunnen toepassen), ontstaan er op het terrein toch meerdere innovaties. Zo worden patiënten tijdens consultaties voor geplande opnames gescreend en worden de aanbevelingen van de liaisonteams in de ontslagbrief opgenomen, via het digitaal dossier. Deze ideeën worden onvoldoende overgenomen door de andere ziekenhuizen, omdat er geen georganiseerde kennisuitwisseling meer plaatsvindt. Er bestaan nochtans meerdere voorbeelden van 'communities of practice' in de gezondheidszorg (en in de geriatrie) die worden ondersteund door de federale en regionale overheid.^{44, 45}



3.3. Ontstaan van alternatieve zorgmodellen

Het gebrek aan betrouwbare gegevens over de implementatie van de interne liaisonteams zorgt mee voor het ontstaan van nieuwe innoverende modellen voor oudere patiënten in de algemene ziekenhuisdiensten. De voorbeelden die we terugvonden in de literatuur zijn het **co-management model**, de innovaties inzake **human resources** en de **extramurale organisatiemodellen**.

Co-management: consultatie of gedeelde beslissing?

We zien vandaag in sommige landen, zoals in de VS en in Nederland, een beweging in de richting van een **co-managementmodel**. Dit model ontstond recent, voornamelijk voor orthopedische patiënten met een geriatrisch profiel. Het kan omschreven worden als *“het meest ambitieuze gedeelde zorgmodel (shared care) tussen een arts van de dienst waar de patiënt is opgenomen en een geriater, die samen de patiënt behandelen van zijn opname tot zijn ontslag en die samen de verantwoordelijkheid nemen voor het volledige proces en de resultaten”*.^{46, 47}

Het co-managementmodel in de guidelines van de **Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)**⁴⁸ lijkt sterk op dat van de Belgische liaisonteams, maar gaat verder dan een louter adviserende rol.

De interesse voor de gedeelde besluitvormingsmodellen is te verklaren door het gebrek aan doeltreffendheid van het adviserende model. Dankzij de semi-gestructureerde interviews met de Amerikaanse experts ontdekten we meerdere potentiële voordelen van het proactief verstrekken van geriatrische zorg naast de acute zorg, in vergelijking met een louter adviserende rol. De eerste meta-analyses over de doeltreffendheid^{46, 47} van deze benadering bevatten wel nog maar enkele, vaak kleine, studies waarvan de resultaten (nog) niet robuust en duidelijk zijn. Het is dus voorbarig om hieruit conclusies te trekken.

Deze modellen zullen ook te kampen krijgen met een tekort aan geriateren, en aan verpleegkundigen gespecialiseerd in de geriatrie, wat een groot obstakel zal zijn voor hun ruimere implementatie. Zelfs al krijgen we binnenkort bewijzen van hun doeltreffendheid, zal dit niet volstaan om de geriatrische principes te integreren in de zorg binnen de niet-G eenheden.

De transmurale modellen

Ons internationaal literatuuronderzoek wees ook op een tendens naar transmurale modellen. Zo worden in Frankrijk de interne liaison consultaties niet meer beperkt tot het ziekenhuis maar worden deze zorgen ook verstrekt binnen de lokale gemeenschappen (door politiek besluit, ten gevolge van de extreme hitte van 2003).

De Amerikaanse experts bevestigden ons dat ook de thuishospitalisatiemodellen aan belang winnen. Er bestaan ook nog andere alternatieve of bijkomende modellen, zoals de zorghotels, tele-geneeskunde, hersteloorde.^{49, 50} We kunnen verwachten dat de interesse voor deze alternatieve modellen ook in België zal toenemen, vooral omdat door de inkorting van het ziekenhuisverblijf er onvoldoende tijd is voor een globale geriatrische benadering.

Bovendien meldden de deelnemers aan het Belgische oncogeriatrische zorgproject dat de screening en geriatrische evaluatie al plaatsvinden bij de patiënt thuis, tijdens een consultatie of in de geriatrische dagziekenhuizen, wat erg nuttig kan zijn voor patiënten die vooral ambulante zorg nodig hebben.⁵¹

Innovaties inzake human resources

De artsen die niet specifiek in de geriatrie zijn opgeleid hebben soms een beperkte geriatrische kennis. Volgens de SWOT-analyse is dit één van de obstakels voor een goede zorgkwaliteit. Het lijkt echter weinig realistisch dat de huidige politieke maatregelen volstaan om het aantal geriateren op te trekken tot het niveau dat nodig is voor de zorgvraag. We kijken dus ook best naar de manier waarop andere landen dit probleem aanpakken.

De internationale voorbeelden tonen aan dat, vooral in de VS, de verpleegkundigen van de liaisonteams een opleiding op masterniveau hebben gevolgd en vaak de rol van *‘advanced practice nurse’* opnemen. Met het stijgende aantal verpleegkundigen van masterniveau in België⁵², is het de moeite waard om deze piste opnieuw op de politieke agenda te plaatsen, en niet noodzakelijk alleen voor de geriatrische liaison.^{53 41}



3.4. De evaluatie van de kwaliteit van de geriatrische zorg laat nog te wensen over

Een grondige evaluatie van de zorgkwaliteit maakt ontegensprekelijk deel uit van een zorgbeleid die naam waardig.⁵⁴ Toch krijgt de evaluatie van de zorg door de interne geriatrische liaisonteams vandaag **slechts weinig aandacht in de internationale literatuur**. Bijna geen enkel liaisonteam kon ons informatie bezorgen over bijv. de evaluatieprocessen en de te evalueren zorgdomeinen. De literatuur en onze enquête konden ons evenmin meer data verschaffen. De ambitie is nochtans om kwaliteitsvolle zorg te verstrekken aan alle (geriatrische) patiënten, onafhankelijk van de dienst waar ze zijn opgenomen. **Daarom is het van vitaal belang om meer te investeren in dit domein.**

Van de verschillende initiatieven die vandaag lopen, vermelden we graag een accreditatieprogramma in Nederland dat specifieke aandacht biedt aan de zorgkwaliteit voor oudere, kwetsbare personen in ziekenhuizen (*Senior Friendly Hospitals-project*). De evaluatiecriteria van dit project omvatten een systematische screening van de oudere patiënten en de mogelijkheid om 24u/24 en 7d/7 een beroep te doen op een geriatrisch liaisonteam.⁵⁵ Het concept '*Senior Friendly Hospitals*' werd recent in België gelanceerd door de Koning Boudewijnstichting.⁵⁶

In Vlaanderen voorzien de kwaliteitsaudits van de overheid ook de evaluatie van de 'screening ouderen op een geriatrisch profiel' bij de zorgtrajecten interne geneeskunde- en algemene heelkunde. Bovendien engageren heel wat Belgische ziekenhuizen zich tot een accreditatieproces voor hun volledige instelling. Jammer genoeg besteden deze accreditatieprogramma's (bijv. de Joint Commission International (JCI) of het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ-Qmentum)) geen specifieke aandacht aan geriatrische zorg.²⁷

Er bestaat nochtans een groot aantal internationale studies over kwaliteitsindicatoren voor de zorg aan geriatrische patiënten (in G-diensten). Deze indicatoren kunnen gedeeltelijk gebruikt worden om de zorgkwaliteit in niet-G diensten en/of verstrekt door interne liaisonteams te meten. Er lopen vandaag vele initiatieven om de kwaliteit te verbeteren (bijv. VIP² - Vlaams Indicatoren Project). Een set indicatoren, specifiek voor de kwaliteitsevaluatie van geriatrische zorgen, wordt best in deze initiatieven opgenomen.^{27, 57}

4. CONCLUSIE

De acute geriatriediensten zijn en blijven 'de gouden standaard' om oudere personen te behandelen volgens de principes van de 'globale geriatrische benadering'. Vandaag is het echter al niet meer mogelijk om alle patiënten op te nemen in de bestaande geriatriediensten omwille van het tekort aan geriatriebedden, geriateren en verpleegkundigen gespecialiseerd in de geriatrie. Aangezien het aandeel oudere patiënten blijft stijgen, is het noodzakelijk en dringend om te investeren in bijkomende modellen die garanderen dat deze patiënten ook op de andere ziekenhuisdiensten (of elders) behandeld worden volgens deze principes. Er bestaat in de literatuur echter geen ander referentie-organisatiemodel dat eraan beantwoordt.

België heeft geïnvesteerd in de implementatie van interne geriatrische liaisonteams. Daarvoor werden strikte normen opgesteld en werd een specifiek budget voorzien dat structureel werd geïntegreerd in het ziekenhuisbudget (maar dat door velen als onvoldoende wordt beschouwd). Dit model krijgt van de clinici een hoge face-validiteit, maar wordt niet gestaafd door wetenschappelijke bewijzen. Behalve in Frankrijk en in Nederland is het niet erg verspreid in andere landen. Er kunnen ook andere modellen worden overwogen, zoals co-management of 'advanced practice nurses' in de geriatrie, in niet-geriatrische eenheden. De (semi-)ambulante of extramurale modellen werden hier niet geanalyseerd omdat ze buiten het kader van dit onderzoek vallen.

Bovendien wordt, ondanks een relatief nauwgezette wetgeving, de **interne geriatrische liaison erg heterogeen in de praktijk toegepast, naargelang de prioriteiten van de ziekenhuizen**. De geïnterviewde professionals wezen erop dat men de ziekenhuizen wat marge moet laten om te experimenteren met de oplossingen die hen het best liggen. Ze benadrukten ook dat de modellen, uitsluitend gericht op de ziekenhuissetting, ontoereikend zijn voor bijvoorbeeld de inkorting van de verblijfsduur, het stijgende aantal patiënten met multipole chronische aandoeningen en andere evoluties.

Dezelfde professionals beschouwen **het ontbreken van een formeel platform om praktijkervaringen uit te wisselen** als een groot probleem. Er bestond een – zeer geapprecieerde – community of practice bij de lancering van de pilootprojecten⁵⁸, maar dat dit initiatief is doodgebloed nadat de steun van de overheid werd stopgezet. Er blijven slechts enkele



(bescheiden) geïsoleerde initiatieven over. Er moeten nieuwe modellen worden uitgetest, zonder op voorhand te weten welk model het best zal werken. Daarom moet een nieuwe 'community of practice' worden opgericht, ondersteund door de overheid en omkaderd door academische experts, voor de evaluatie van de initiatieven op het terrein.

Naast het verkennen van andere organisatiemodellen om de beschikbaarheid van de geriatrische expertise binnen de niet-geriatrische eenheden te vergroten, kunnen verschillende andere maatregelen worden overwogen.

De eerste is **het verhogen van het geriatrische kennisniveau** van alle zorgverstrekkers door die meer ruimte te geven binnen het onderwijs in de geneeskundefaculteiten, de scholen voor verpleegkunde en de andere gezondheidsopleidingen.

De tweede is **het aantrekkelijker maken van geriatrie voor verpleegkundigen en artsen**. Het is o.a. belangrijk om de nomenclatuur van de artsen te herijken over de verschillende medische disciplines. Er moet ook worden geïnvesteerd in het aantal opleidingsplaatsen voor jonge geriateren.

Ten slotte moet de kwaliteit van de ziekenhuiszorg onafhankelijk blijven van de dienst waar die wordt verstrekt (algemene hospitalisatie- of geriatrische dienst). Daarom moeten de **kwaliteitscontroleprocedures** specifieke aandacht besteden aan de geriatrie binnen de globale kwaliteitsaudits van de ziekenhuizen (of de accreditatieprogramma's) en moeten de bestaande initiatieven voor kwaliteitsverbetering kwaliteitsindicatoren bevatten die specifiek ontwikkeld zijn voor de evaluatie van de zorg voor patiënten met een geriatrisch profiel.



■ AANBEVELINGEN^b

De acute geriatriediensten blijven de gouden standaard inzake organisatiemodel voor de zorg voor gehospitaliseerde oudere personen met een geriatrisch profiel. In de Belgische ziekenhuizen zijn er echter investeringen nodig om gehospitaliseerde oudere patiënten ook op andere diensten te behandelen volgens de principes van de 'globale geriatrische benadering'. Vandaag laat de beschikbare literatuur niet toe om een zorgmodel aan te bevelen als alternatief voor huidige interne geriatrische liaisonmodel, dat nu de voorkeur krijgt in de Belgische ziekenhuizen. Daarom zijn dit de aanbevelingen van het KCE:

Aan de Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid

- **Beleidsmaatregelen op lange termijn:**
 - een herziening van de capaciteit van de geriatriediensten in België binnen de context van een bredere hervorming van het ziekenhuislandschap.
 - het aantrekkelijker maken van de specialisatie in de geriatrie voor de artsen. Dit vraagt om een herziening van de nomenclatuur om de inkomsten over de verschillende medische specialismen beter te verdelen.
 - een studie naar de haalbaarheid en de noodzakelijke voorwaarden voor het creëren van de functie van advanced practice nurses in de geriatrie om de werklast te verdelen tussen geriateren en verpleegkundigen met een masterniveau.
- **Blijven investeren** in het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt en de middelen die voorzien zijn voor de verspreiding van de geriatrische expertise in de niet-geriatrische diensten hierin opnemen, maar dit beleid aanpassen op de korte termijn.
 - een zekere flexibiliteit toelaten bij de toewijzing van deze middelen, zodat de ziekenhuizen kunnen experimenteren met innoverende zorgmodellen die zijn aangepast aan hun eigen context. Het uittesten van de co-managementmodellen (de geriater en de andere artsen beslissen samen over de patiënten die zijn opgenomen op niet-geriatrische diensten) moeten worden overwogen. Deze experimenten moeten worden geëvalueerd tijdens hun implementatie. Daarnaast moet er ook meer aandacht worden geschonken aan de articulatie met externe geriatrische liaison en aan andere modellen die gericht zijn op de ambulante patiënten.
 - een platform voor het uitwisselen van praktijkvoorbeelden tussen de ziekenhuizen opzetten. Daarvoor moet worden geïnvesteerd in een team van experts die

^b Het KCE draagt de volledige verantwoordelijkheid voor de aanbevelingen.



verantwoordelijk zijn voor kennisuitwisseling, om op die manier goede praktijken te verspreiden over de ziekenhuizen. Deze kennisuitwisseling kan worden ontwikkeld door het bovenvermelde team van experts (bijv. ziekenhuisbezoek door peers). Dit initiatief kan worden gefinancierd met een klein deel van de middelen die vandaag worden geïnvesteerd in de interne geriatrische liaisonteams.

- de gerieters toelaten de nomenclatuurcodes voor de consultaties van het interne liaisonteam en voor de multidisciplinaire vergaderingen te factureren (met name de codes 599045 & 597623) aan patiënten van 75 jaar of jonger, als deze beantwoorden aan de criteria van het geriatrische profiel zoals gespecificeerd in het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt.
- Specifieke aandacht besteden aan de specialisatie van de verpleegkundigen in geriatrie binnen het kader van het federaal plan om het beroep van verpleegkundige aantrekkelijker te maken, zonder de algemene aantrekkelijkheid van het beroep uit het oog te verliezen.

Aan de gefedereerde entiteiten:

- Indicatoren integreren (of ontwikkelen) om de kwaliteit van de zorg voor geriatrische (gehospitaliseerde) patiënten te evalueren, zowel op de geriatriediensten als niet-geriatrische diensten. Dit zou moeten gebeuren in samenwerking met het College voor geriatrie.
- Een geriatrische opleiding (theorie en stages) ontwikkelen en opnemen in het basiscurriculum van de artsen, verpleegkundigen en andere betrokken zorgverleners.
- Garanderen dat de 'kwaliteit van de geriatrische zorgen' specifieke aandacht krijgt in de globale kwaliteitsaudits van de ziekenhuizen (bijv. een specifiek aandachtspunt in de accreditatieprogramma's van de ziekenhuizen).

Aan de geneeskundefaculiteiten en scholen verpleegkunde en andere betrokken opleidingen:

- Een verplichte basisopleiding in de geriatrie (theorie en stages) opnemen in alle curricula.

Aan de ziekenhuizen:

- Een cultuur promoten waarbij alle professionals worden gesensibiliseerd voor de geriatrische benadering (kennisverspreiding, multidisciplinaire vergaderingen). Dit vereist aanhoudende inspanningen en ondersteuning vanwege het ziekenhuismanagement en -beheer.



■ REFERENTIES

1. EUROSTAT. Population projections [Web page].2011 [cited 10/10/2014]. Available from: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Population_projections
2. FOD economie KMO middenstand en energie. Bevolking - Bevolking op 1 januari en per leeftijd 2014-2061. In; 2014.
3. Van Der Heyden J, Charafeddine R. Gezondheidsenquête 2013, rapport 1: gezondheid en welzijn. Brussels: WIV; 2014. Available from: https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/SH_NL_2013.pdf
4. Paulus D, Van den Heede K, Mertens R. Organisation of care for chronic patients in Belgium : development of a position paper. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2012. KCE Reports 190C (D/2012/10.273/81) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_190C_organisation_care_chronic_patients.pdf
5. Pacolet J, Deliège D, Artoisenet C, Cattaert G, Coudron V, Leroy X, et al. Vergrijzing, gezondheidszorg en ouderzorg in België. In: FOD Sociale Zekerheid; 2005.
6. Deschodt M, Wellens NI, Braes T, De Vuyst A, Boonen S, Flamaing J, et al. Prediction of functional decline in older hospitalized patients: a comparative multicenter study of three screening tools. Aging Clin Exp Res. 2011;23(5-6):421-6.
7. Kenis C, Bron D, Libert Y, Decoster L, Van Puyvelde K, Scalliet P, et al. Relevance of a systematic geriatric screening and assessment in older patients with cancer: results of a prospective multicentric study. Ann Oncol. 2013;24(5):1306-12.
8. Buurman BM, Hoogerduijn JG, de Haan RJ, Abu-Hanna A, Lagaay AM, Verhaar HJ, et al. Geriatric conditions in acutely hospitalized older patients: prevalence and one-year survival and functional decline. PLoS One. 2011;6(11):e26951.



9. Oo MT, Tencheva A, Khalid N, Chan YP, Ho SF. Assessing frailty in the acute medical admission of elderly patients. *J R Coll Physicians Edinb.* 2013;43(4):301-8.
10. Koninklijk Besluit 29 januari 2007 houdende vaststelling eensdeels, van de normen waaraan het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt moet voldoen om te worden erkend en, anderdeels, van bijzondere aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten (tekstbijwerking 18-04-2014), B.S. 18 april 2014.
11. UEMS. Definition Geriatric medicine [Web page]. UEMS;2008 [cited 02/02/2015]. Available from: http://uemsgeriatricmedicine.org/UEMS1/dok/geriatric_medicine_definition.pdf
12. Deschodt M. Multidisciplinary geriatric consultation teams in acute hospitals: organisational aspects and outcomes [Doctoral Thesis in Biomedical Sciences]. Leuven: KULeuven; 2013.
13. Winograd CH. Targeting strategies: an overview of criteria and outcomes. *J Am Geriatr Soc.* 1991;39(9 Pt 2):25S-35S.
14. Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *Bmj.* 2011;343:d6553.
15. Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011(7):Cd006211.
16. Baztan JJ, Suarez-Garcia FM, Lopez-Arrieta J, Rodriguez-Manas L, Rodriguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ.* 2009;338:b50.
17. Fox MT, Persaud M, Maimets I, O'Brien K, Brooks D, Tregunno D, et al. Effectiveness of acute geriatric unit care using acute care for elders components: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(12):2237-45.
18. Van Craen K, Braes T, Wellens N, Denhaerynck K, Flamaing J, Moons P, et al. The effectiveness of inpatient geriatric evaluation and management units: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58(1):83-92.
19. Koninklijk Besluit 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, B.S. 8 augustus 2014.
20. Advies betreffende het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt, 2013.
21. Omzendbrief ter attentie van de ziekenhuisbeheerder. Budget van financiële middelen (BFM) op 1 januari en 1 juli 2014. Wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen., 9 juli 2014.
22. Ministerieel Besluit 29 juli 2005 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten in de geriatrie, 2005.
23. Ministerieel Besluit 19 april 2007 tot vaststelling van de criteria voor erkenning waarbij de beoefenaars van de verpleegkunde gemachtigd worden de bijzondere beroepstitel te dragen van verpleegkundige gespecialiseerd in geriatrie, B.S. 8 juni 2007.
24. Het Federaal overleg platform voor het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt. Het Groenboek: Aanbevelingennota betreffende het Zorgprogramma voor de Geriatrische Patiënt. In; 2010.
25. Advies inzake de planning van het medisch aanbod (KB van 12 juni 2008): de artsen-specialisten in de geriatrie, 2009.
26. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid VvdVeL. Jaarverslag 2013 van de planningscommissie medisch aanbod: Opvolging van de planning van het medisch aanbod in België. 2014.
27. Van de Voorde C, Van den Heede K, Mertens R, Annemans L, Busse R, Callens S, et al. Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014 26/09/2014. KCE Reports 229 Available from:



- https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_229_Hospital%20Financing_Report.pdf
28. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Nationale Feedback van de MZG personeelsgegevens 2010. 2013.
 29. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Jaarstatistieken met betrekking tot beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België. Brussel: 2014.
 30. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Jaarstatistieken van de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België, 2011. 2012.
 31. Deschodt M, de Casterle BD, Milisen K. Gerontological care in nursing education programmes. *J Adv Nurs*. 2010;66(1):139-48.
 32. Deschodt M, Flamaing J, Haentjens P, Boonen S, Milisen K. Impact of geriatric consultation teams on clinical outcome in acute hospitals: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med*. 2013;11:48.
 33. Braes T, Flamaing J, Pelemans W, Milisen K. Geriatrics on the run: rationale, implementation, and preliminary findings of a Belgian internal liaison team. *Acta Clin Belg*. 2009;64(5):384-92.
 34. Shrestha LB, Heisler EJ. The Changing Demographic Profile of the United States. In: service Cr, editor.; 2011.
 35. Closon M-C, Gobert M, Pepersack T, Falez F, Baeyens J-P, Kohn L, et al. Financing of the care program for geriatric patients in classic hospital. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2008 22/01/2008. KCE Reports 73 Available from: <https://kce.fgov.be/publication/report/financing-of-the-care-program-for-geriatric-patients-in-classic-hospital>
 36. De Saint-Hubert M, Schoevaerds D, Cornette P, D'Hoore W, Boland B, Swine C. Predicting functional adverse outcomes in hospitalized older patients: a systematic review of screening tools. *J Nutr Health Aging*. 2010;14(5):394-9.
 37. Hoogerduijn JG, Buurman BM, Korevaar JC, Grobbee DE, de Rooij SE, Schuurmans MJ. The prediction of functional decline in older hospitalised patients. *Age Ageing*. 2012;41(3):381-7.
 38. Carpenter CR, Shelton E, Fowler S, Suffoletto B, Platts-Mills TF, Rothman RE, et al. Risk factors and screening instruments to predict adverse outcomes for undifferentiated older emergency department patients: a systematic review and meta-analysis. *Acad Emerg Med*. 2015;22(1):1-21.
 39. Braes T, Flamaing J, Sterckx W, Lipkens P, Sabbe M, de Rooij SE, et al. Predicting the risk of functional decline in older patients admitted to the hospital: a comparison of three screening instruments. *Age Ageing*. 2009;38(5):600-3.
 40. Deschodt M, Flamaing J, Rock G, Boland B, Boonen S, Milisen K. Implementation of inpatient geriatric consultation teams and geriatric resource nurses in acute hospitals: a national survey study. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(7):842-9.
 41. Berckmans G, Alvarez Irusta L, Bouzegta N, Defloor T, Peeters G, Stordeur S, et al. Differentiated practice in nursing: opportunities and limits. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2008 15/09/2008. KCE Reports 86 Available from: <https://kce.fgov.be/publication/report/differentiated-practice-in-nursing-opportunities-and-limits>
 42. Milisen K, Flamaing J, De Vuyst A, Huyghe E, Braes T, Wellens N, et al. Wetenschappelijk onderzoek inzake de liaisonfunctie in het kader van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt. Brussel: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu; 2008.
 43. Huysmans LW, M.; De Cuyper, K. Uitnodiging startvergadering reflectiegroep voor geriatrische liaisonteams (15 januari 2015). In; 2014.
 44. Zorgproeftuinen [Web page].2014 [cited 24/12/2014]. Available from: <http://www.zorgproeftuinen.be/nl>
 45. RIZIV. Vernieuwing via alternatieve zorgvormen voor ouderen [Web page].2014 [cited 24/12/2014]. Available from: <http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/zorgkwaliteit/ouderenzorg/alternat-ieven-ouderen/Paginas/default.aspx>
 46. Buecking B, Timmesfeld N, Riem S, Bliemel C, Hartwig E, Friess T, et al. Early orthogeriatric treatment of trauma in the elderly: a



- systematic review and metaanalysis. Dtsch Arztebl Int. 2013;110(15):255-62.
47. Grigoryan KV, Javedan H, Rudolph JL. Orthogeriatric care models and outcomes in hip fracture patients: a systematic review and meta-analysis. J Orthop Trauma. 2014;28(3):e49-55.
 48. Geriatrie NVvK. Richtlijn Comprehensive Geriatric Assessment bij consult en medebehandeling - Addendum behorende bij de richtlijn CGA. In; 2013. p. 120.
 49. Pearson M, H. Hunt, C. Cooper, S. Shepperd, R. Pawson and R. Anderson . Intermediate care: a realist review and conceptual framework. Exeter, UK: National Institute for Health; 2013. NIHR Service Delivery and Organisation Programme
 50. Ettelt S, Nolte E, Mays N, Thomson S, McKee M, Network IHC. Health care outside hospital: Accessing generalist and specialist care in 8 countries. European Observatory on Health Systems and Policies; 2006. Policy briefs
 51. Wildiers H, Milisen K, Flamaing J, Kenis C, Decoster L, Van Puyvelde K, et al. Tailored, multi-project implementation of geriatric assessment in Belgian cancer patients: a nationwide hospital survey. In: Belgian Cancer Plan; 2013.
 52. Holtzer L. Boordtabellenset 2014 - 2015. In: Ik ga ervoor campagne. Brussel: Vlaamse Overheid; 2014.
 53. Griffiths P, Bridges J, Sheldon H, Thompson R. The role of the dementia specialist nurse in acute care: a scoping review. J Clin Nurs. 2014.
 54. Committee on Quality of Health Care in America IoM. Crossing the quality chasm - A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C.: National Academy Press; 2001.
 55. Samenwerkende ouderenorganisaties Unie KBO P, NOOM en NVOG , . Kwaliteitsaspecten Keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis 2015 [Web page].2014 [cited 24/12/2014]. Available from: <http://www.seniorvriendelijkziekenhuis.nl/wp-content/uploads/2014/10/Kwaliteitsaspecten-2015-keurmerk-Seniorvriendelijk-Ziekenhuis-def.pdf>
 56. Koning Boudewijstichting. Zilverzacht Ziekenhuis [Web page].2013 [cited 12/02/2015]. Available from: <http://www.kbs-frb.be/call.aspx?id=306147&langtype=2067&src=true>
 57. Vlayen J, Van De Water G, Camberlin C, Paulus D, Leys M, Ramaekers D, et al. Clinical Quality Indicators. Objective Elements - Communication (OEC). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2006 19/10/2006. KCE Reports 41 Available from: <https://kce.fgov.be/publication/report/clinical-quality-indicators>
 58. Milisen K, Flamaing J, De Vuyst A, Huyghe E, Braes T, Wellens N, et al. Wetenschappelijk onderzoek inzake de liaisonfunctie in het kader van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt Brussel: Dederale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen, Leefmilieu; 2008.



COLOFON

- Titel:** Globale geriatrische benadering: rol van de interne geriatrische liaison teams – Synthese
- Auteurs:** Mieke Deschodt (KU Leuven/UZ Leuven), Veerle Claes (KU Leuven/UNIBAS), Bastiaan Van Grootven (KU Leuven/UZ Leuven), Koen Milisen (KU Leuven/UZ Leuven), Benoit Boland (UCL/Cliniques universitaires Saint-Luc), Johan Flamaing (UZ Leuven), Alain Denis (Yellow Window), François Daue (Yellow Window), Lut Mergaert (Yellow Window), Carl Devos (KCE), Patriek Mistiaen (KCE), Koen Van den Heede (KCE)
- Projectcoördinator:** Dominique Paulus (KCE)
- Reviewers:** Nadia Benahmed (KCE), Wendy Christiaens (KCE)
- Externe experts:** Jean-Pierre Baeyens (Observatorium voor de chronische ziekten), Katrien Cobaert (AZ Delta), Hugo Daniels (Ziekenhuis Oost-Limburg Genk), Anne De Bievre (OLV Aalst), Patrick Dufrane (INAMI – RIZIV), Griet De Bodt (UZ Gent), Daniel Gillain (ULg), Pierre Hanotier (CHU Tivoli), Sandra Higuët (CHU de Charleroi), Lia Huysmans (GasthuisZusters Antwerpen), Lambeau Jean-luc (Grand Hôpital de Charleroi), Margareta Lambert (AZ Brugge, Sint-Jan), Jean-Claude Lemper (Geriatrisch Ziekenhuis Scheutbos), Julie Leroy (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Véronique Lesage (Groupe Jolimont), Joris Meeuwissen (Ziekenhuis Oost-Limburg Genk), Christel Menozzi (CHU de Liège), Thierry Pepersack (ULB), Johan Pauwels (Zorgnet Vlaanderen), Jan Petermans (ULg), Christian Swine (CHU-UCL Godinne), Nele Van Den Noortgate (UZ Gent), Isabelle Van der Brempt (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid)
- Stakeholders:** Stefaan Alongi (Grand Hôpital de Charleroi), Hilde Baeyens (AZ Alma), Françoise Bardiau (CHU Charleroi), Claire Beckers (Cliniques de l'Europe), Evelynne Carels (Centre Hospitalier de Mouscron), Michael Chenal (Centres Hospitaliers Jolimont), Nathalie Closset (Clinique André Renard), Isabelle Cremers (Centre Hospitalier Régional de Huy), Kenny Decuyper (AZ Nicolaas), Corry Deschamps (AZ Groeninge Kortrijk), Johan Devoghel (AZ Sint-Jan Brugge), Claire Dewitte (AZ Sint-Rembert), Filip De Bruycker (UZ Gent), Alain Fournier (Cliniques de l'Europe), Timothy Gruwez (AZ Sint-Lucas Brugge), Françoise Hardenne (Centre Hospitalier de l'Ardenne), Marlies Hermans (Ziekenhuis Oost-Limburg), Christian Hilkens (CHR Citadelle), Luc Hoornaart (AZ Sint-Jan Brugge), Jean-Pierre Hoste (CHC Liège), Hilde Huygen (Emmaüs vzw), Bernadette Kibambo (Clinique St Luc Bouge), Alex Koussonsky (Hôpitaux Iris Sud), Annie Lambert (CHR Haute Senne), Trui Lambrecht (Sint-Andriesziekenhuis Tielt), Sophie Lambrecht (AZ Sint-Maria Halle), Elke Lambrix (Jessa Ziekenhuis), Véronique Latteur (Grand Hôpital de Charleroi), Anne Lenfant (CHU Tivoli), Steve Lervant (Sint-Jozefskliniek Izegem), Anne-Françoise Loiseau (CHU de Liège), Anne-Lise Lurquin (CHR Sambre et Meuse), Terry Maes (AZ Sint-Maarten), Catherine Magnette (CHR Namur), Michelle Mévis (Centres Hospitaliers Jolimont), Nathalie Passemier (CHU Tivoli), Lutgarde Peleman (Algemeen Stedelijk Ziekenhuis Aalst), Luc Rosseel (AZ Delta), Anke Schelfhout (Mariaziekenhuis Noord-Limburg), Luc Suvee (UZ Brussel), Laurent Tonnoir (UCL), Heidi Tops (H. Hartziekenhuis Mol), Vinciane Vandenput (Vivalia), Els Van De Perre (AZ Turnhout), Nathalie Van Vyve (H. Hartziekenhuis Mol), Nathalie



- Externe validatoren: Vereecke (AZ Nikolaas), Hilde Vervecken (UZ Leuven), Evelyne Veys (O.L.V Van Lourdes Waregem), Liesbet Willems (huisarts), Nadine Wittevrongen (AZ Sint-Jan Brugge), Ludivine Wauquier (CHR Haute Senne), Wilco Achterberg (Leids Universitair Medisch Centrum, Nederland), Nathalie Salles (CHU Bordeaux, France), Peter Van Bogaert (Universiteit Antwerpen)
- Acknowledgements: We willen de volgende personen bedanken voor hun bijdrage aan de inhoudsvalidering van de internationale bevraging: Johan Devoghel (AZ Sint-Jan Brugge), Lia Huysmans (GasthuisZusters Antwerpen), Margareta Lambert (AZ Brugge), Nele Van Den Noortgate (UZ Gent), Elli Sydow (UZ Leuven), Hilde Malfait (AZ Groeninge), Marc Vankerhoven (AZ Maria Middelaes Gent), Jean-Pierre Baeyens (Observatorium voor de chronische ziekten), Hans Crampe (AZ Maria Middelaes Gent j), Laurence Decorte (CHU Brugmann), Marc Leonard (Cliniques de l'Europe), Beatrice Leruste (Hôpital Erasme ULB), Eric Lechanteur (UCL), Sophie Allepaerts (CHU de Liège) en Véronique Latteur (Grand Hôpital de Charleroi).
- We willen de volgende personen bedanken voor hun deelname aan de internationale bevraging: Christelle Savoy (CH Henri Duffaut Avignon, France), Nathalie Salles (CHU de Bordeaux, France), Jean-Luc Perié (CH de Dax-Côte d'Argent, France), Paul Couturier (CHU de Grenoble, France), Chokri Boubakri (CHRU de Montpellier Antonin-Balmes, France), Pascal Blanc (CHR d'Orléans, France), Tristan Cudennec (Hôpital Ambroise Paré Paris, France), Frédéric Bloch (Hôpital Broca Paris, France), Olivier Saint-Jean (Hôpital Européen George Pompidou Paris, France), Laurent Druésne (CHU de Rouen, France), Anne Grapin-Klinger (CH de Sélestat, France), Catherine Fernandez (CHU de Strasbourg, France), Thierry Voisin (CHU de Toulouse, France), Laure Ducastaing-ducroq (CHRU de Brest, France), Corry Veen (Ijsselland Ziekenhuis Capelle-aan-den-Ijssel, Nederland), Ellen A. Elbrecht (Deventer Ziekenhuis, Nederland), Andre Janse (Ziekenhuis Gelderse Vallei Ede, Nederland), Esther van Vugt (Beatrixziekenhuis Gorinchem, Nederland), Jos Verkuyl (Martini Ziekenhuis Groningen, Nederland), Dieneke Z.B.van Asselt (Medisch Centrum Leeuwarden, Nederland), Jantien P. Brouwer (Diaconessenhuis Leiden, Nederland), Yvonne Schoon (Radboud Medical Center Nijmegen, Nederland), Herbert Habets (Orbis Medical Center Sittard, Nederland), Paul Croughs (ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen, Nederland), Ralf W. Vingerhoets (TweeStedenziekenhuis Tilburg, Nederland).
- We willen de volgende personen bedanken voor hun bijdrage aan de interviews: Prof. Dr. Bruce Leff (MD at John Hopkins Bayview Medical Center, professor of Medicine at the John Hopkins University School of Medicine, US), Prof. Dr. Kenneth Covinsky (MD and professor of Medicine of the UCSF Division of Geriatrics, US), Prof. Dr. Michael Malone (MD at he the Aurora Health Care Foundation and professor of Medicine at the University of Wisconsin School of Medicine and Public Health, US), Prof. Dr Steve Counsell (MD at Wishard Health Services, founding director of Indiana University (IU) Geriatrics, a John A. Hartford Foundation Center of Excellence in Geriatric Medicine and Professor and chair in geriatrics at IU School of Medicine, US).
- We willen Stephan Devriese (KCE) bedanken voor zijn ondersteuning bij de analyse van de administratieve databanken en Nadia Benhamed (KCE) voor haar ondersteuning bij de beschrijving van de geriatrische gezondheidszorg in België.



Andere gemelde belangen:

Alle experts die in deze studie werden geconsulteerd, zijn geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij de geriatrische zorg. Bijgevolg kunnen ze potentieel belangen hebben van diverse aard met betrekking tot het onderwerp van deze studie.

Lay-out:

Ine Verhulst

Disclaimer:

- **De externe experts werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.**
- **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.**
- **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie <http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur>).**
- **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**

Publicatiedatum:

5 juni 2015

Domein:

Health Services Research (HSR)

MeSH:

Geriatrics; Health Services Research; Geriatric Assessment, Geriatric Assessment, Multidisciplinary meeting (MDM)

NLM Classificatie:

WT 100

Taal:

Nederlands

Formaat:

Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot:

D/2015/10.273/45

Copyright:

De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons "by/nc/nd"
<http://kce.fgov.be/content/about-copyrights-for-kce-reports>.



Hoe refereren naar dit document?

Deschodt M, Claes V, Van Grootven B, Milisen K, Boland B, Flamaing J, Denis A, Daue F, Mergaert L, Devos C, Mistiaen P, Van den Heede K. Globale geriatrische benadering: rol van de interne geriatrische liaison teams – Synthese. Health Services Research (HSR) Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2015. KCE Reports 245As. D/2015/10.273/45.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.