

**FOD VOLKSGEZONDHEID  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU**

**BRUSSEL, 16 mei 2013**

**DIRECTORAAT-GENERAAL ORGANISATIE  
GEZONDHEIDSZORGVOORZIENINGEN**

**NATIONALE RAAD VOOR  
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN**

-----

**Afdelingen "Programmatie en Erkenning" en "Financiering"**

**Kenm. : NRZV/D/429-3(\*)**

**Advies betreffende het zorgprogramma  
voor de geriatrische patiënt**

Namens de Voorzitter,  
Dhr Peter Degadt

De Secretaris  
C. Decoster

(\*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering van 16 mei 2013

INLEIDING..... Erreur ! Signet non défini.

VOORWOORD

<u>1. Het geriatrisch dagziekenhuis</u> .....	Erreur ! Signet non défini.
• <u>De goede praktijken</u> .....	7
• <u>De knelpunten</u> .....	Erreur ! Signet non défini.
<u>2. De interne liaison</u> .....	Erreur ! Signet non défini.
• <u>De goede praktijken</u> .....	Erreur ! Signet non défini.
• <u>De knelpunten</u> .....	9
<u>Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt</u> .....	10

ADVIES.....13

<u>1. Budgettaire situering</u> .....	13
<u>2. De G-eenheid</u> .....	Erreur ! Signet non défini.
<u>3. Het geriatrisch dagziekenhuis (GDZ)</u> .....	Erreur ! Signet non défini.
• <u>Nut</u> .....	Erreur ! Signet non défini.
• <u>Financiering</u> .....	Erreur ! Signet non défini.
<u>4. De interne liaison</u> .....	Erreur ! Signet non défini.
• <u>Nut</u> .....	Erreur ! Signet non défini.
• <u>Opmerking betreffende de screening</u> .....	Erreur ! Signet non défini.
• <u>Financiering</u> .....	Erreur ! Signet non défini.
• <u>Samenstelling van het Interne Liaisonsteam</u> .....	21

ANTWOORDEN OP DE VRAGEN VAN DE MINISTER..... Erreur ! Signet non défini.

<u>1. Doelpubliek en screening van de patiënten met een geriatrisch profiel (procesfase van de screening ? - Instrumenten voor screening en assessment? Door wie wordt de (pre)screening gedaan: referentieverpleegkundige of alle verpleegkundigen van de dienst?)..</u> .....	Erreur ! Signet non défini.
<u>2. Betere definitie van de geriatrische raadpleging en onderscheid tussen geriatrische raadpleging in Geriatrisch Dagziekenhuis wat de medische aspecten betreft..</u> .....	Erreur ! Signet non défini.
<u>3. Definitie van de organisatie en van de opdrachten van het Geriatrisch Dagziekenhuis (teamsamenstelling, activiteitsniveau, architectuurnormen).</u> .....	Erreur ! Signet non défini.
<u>4. Definitie van de organisatie en de opdrachten van de interne liaison (teamsamenstelling, activiteitsniveau) :</u> .....	Erreur ! Signet non défini.
<u>5. Betere definitie van de organisatie en van de opdrachten van de externe geriatrische liaison en relatie met het ontslagmanagement en de sociale dienst.</u> .....	Erreur ! Signet non défini.

6. Gegevensuitwisseling bij opname en ontslag van de patiënt: Erreur ! Signet non défini.

7. Statuut van de verpleegkundige verantwoordelijk voor het zorgprogramma:  
..... Erreur ! Signet non défini.

CONCLUSIES :..... Erreur ! Signet non défini.

Algemeen kader ..... Erreur ! Signet non défini.

Het geriatrisch dagziekenhuis .....31

De interne geriatrische liaison..... 32

De externe liaison..... 34

Gegevensuitwisseling bij opname en ontslag van de patiënt : 34

## **Advies van de NRZV over het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt.**

De Minister vraagt binnen de maand van de NRZV een advies voor de veralgemening van de toepassing van het koninklijk besluit van 29 januari 2007 betreffende het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt, meer bepaald van het luik betreffende het geriatrisch dagziekenhuis en de interne liaison.

### **INLEIDING**

Sinds 1950 (datum van de oprichting van de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie en van de oprichting van de Internationale Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie in Luik door Professor Brull en een twintigtal prominente wereldfiguren in dit domein) hebben demografen en gerontologen alsmaar de aandacht van de overheid gevestigd op het fenomeen van de vergrijzing van de bevolking. Dat fenomeen neemt voortdurend toe. Sinds meer dan 100 jaar stijgt de levensverwachting bij de geboorte immers gemiddeld elk jaar met 3 maanden. Het aantal tachtigers verdubbelt alle 10 jaar. De klassieke demografische "piramiden" zijn vervangen door "Atoombompaddestoelen". In 1890 bij de invoering van het pensioen op 65 jaar bedroeg de levensverwachting bij de geboorte 46 jaar (nu 79,5 jaar). Momenteel heeft 18% van de bevolking de leeftijd van 65 jaar bereikt. In 2030 zal dit 23% zijn. Een cijfer dat overigens nu reeds wordt gehaald aan de Belgische kust en in de arrondissementen Eeklo en Oudenaarde.

Er moet ook onderstreept worden dat de personen die nu 80 jaar en ouder zijn zonder uitzondering allemaal minstens 80 jaar geleden geboren zijn... . De vergrijzing van de bevolking was dan ook reeds heel lang te voorspellen!

De pest en de cholera van vroeger, tuberculose met zijn sanatoria, poliomyelitis zijn verdwenen en de volksgezondheid heeft zich daaraan moeten aanpassen. Hetzelfde geldt vandaag de dag: er duiken steeds vaker chronische ziekten op die een specifieke aanpak behoeven. Vaak treden verschillende chronische ziekten tegelijk op waardoor complexe, vaak oudere, patiënten behandeld en verzorgd moeten worden. Een inefficiënte aanpak van die patiënten zorgt voor een slechte levenskwaliteit voor die personen en kost veel geld aan de sociale zekerheid. Het betreft hier dan ook een **ABSOLUTE PRIORITEIT** op het vlak van Volksgezondheid: de zorg die moet worden geboden, verschilt van de zorg van twintig jaar geleden.

## VOORWOORD

Meerdere werkgroepen en studies uitgevoerd op vraag van de FOD Volksgezondheid en het KCE hebben de activiteit van de interne geriatrische liaisonteam (IGL) en van de geriatrische dagziekenhuizen (GDZ) gedurende de laatste zes jaren geanalyseerd. Die werkzaamheden hebben het mogelijk gemaakt om de goede praktijken en knelpunten voor de invoering ervan te identificeren. Veel van deze aspecten kwamen reeds aan bod in het "Groenboek" van het "Platform voor het geriatrisch zorgprogramma" in 2010. Sinds 2006 werden er tijdens de Herfstdagen in Luik en de Winter Meeting in Oostende 93 (drieënnegentig) werken gepresenteerd over het Geriatrisch Dagziekenhuis en de Interne Geriatrische Liaison. Bovendien moet er worden opgemerkt dat verschillende publicaties over die onderwerpen in nationale en internationale tijdschriften<sup>i, ii, iii, iv, v, vi, vii, viii</sup> zijn verschenen.

### 1. Het geriatrisch dagziekenhuis

In 2008 werd op initiatief van de FOD en het KCE de activiteit van het geriatrisch dagziekenhuis geëvalueerd; eind 2008 werd vervolgens een evaluatie gemaakt van de mogelijke hindernissen en stimuli<sup>x</sup>. Het KCE heeft in 2009<sup>x</sup> een studie uitgevoerd over de financiering van het geriatrisch dagziekenhuis. In 2009<sup>xi</sup> werd in samenwerking met het college voor Geriatrie een PowerPointpresentatie gemaakt om de geriaters in de mogelijkheid te stellen deze activiteit op een gestandaardiseerde wijze aan de huisartsen van hun regio te presenteren. Deze ppt is beschikbaar op de website van de BVGG (Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie).

De studie van het KCE stelde een aantal ideeën voor. Bijvoorbeeld:

- de MKG registreren (tegelijk gebruikmakend van de geriatrische thesaurus),
- jaarlijks de percentages van diagnostische, therapeutische en revalidatiegevallen opvolgen,
- de verblijfsduur in de geriatrie vergelijken met die van de MKG van 2004, 2005, 2006,
- de financiering beperken indien de bezettingsgraad te laag is,

- een vervolgstudie met onder andere het verduidelijken van de doelstellingen van deze activiteit, welke middelen er ter beschikking worden gesteld, de tevredenheidsgraad van de patiënten en hun naasten, de kosten voor de patiënt, een alternatieve financieringsmethode, een minimumdrempel voor de financiering instellen op minstens 3 patiënten per dag.

Een gedetailleerde enquête werd door de werkgroep van de BVGG aan alle teams bezorgd, waarbij hun activiteit gedurende 15 dagen in juni 2009 werd gemeten. Zeven centra (van alle types) namen deel: Mont Godinne, AZ Alma Eeklo, CHR Namur, St. Pierre en César de Paepe, CHBAH Seraing, GH Charleroi, UZ Gent. Zij codeerden op gedetailleerde wijze 283 patiënten gedurende twee weken.

Alle studies zijn gelijklopend : de hoofdactiviteit is veruit de diagnose, gevolgd door een therapeutische activiteit, en slechts weinig revalidatie. De zorgtijd per patiënt en per discipline werden opgetekend, evenals de gebruikte schalen, de uitgevoerde onderzoeken. Eind 2012 werd een nieuwe enquête verstuurd over de huidige activiteiten. Er werden 45 antwoorden geregistreerd. Het aantal verzorgde patiënten per week in het GDH varieert tussen 1 en 41, waarvan 24 centra meer dan 10 patiënten per week ontvangen, en 12 centra meer dan 20 patiënten.

De eerste geriatrische dagziekenhuizen zagen het licht in het Verenigd Koninkrijk in 1972. In die tijd was de geneeskunde anders dan wat ze nu is. Er waren veel minder gemakkelijk toegankelijke diagnosetechnieken en een observatie rondkrijgen in één dag was onmogelijk. De dagziekenhuizen waren dus hoofdzakelijk revalidatiegericht, wat vaak evolueerde naar "dagcentrum"activiteiten, veelal sociaal van aard, en voor onbeperkte duur, wat financieel onhoudbaar was geworden. Er werd weinig rekening gehouden met de diagnoseactiviteit.

In 2009 heeft een studie van de Cochrane Library<sup>xii</sup> van Forster A, Young J, Lambley R en Langhorne P het nut van de geriatrische dagziekenhuizen aangetoond. Dertien studies met in totaal 3.007 deelnemers werden geanalyseerd. Deze studies vergelijken het geriatrisch dagziekenhuis met a) acute eenheid geriatrische zorg (Comprehensive Geriatric Assessment) (5 trials), b) thuiszorg (5 trials) of c) ouderenzorg zonder Comprehensive Geriatric Assessment (3 trials). Het resultaat is opmerkelijk beter voor de overlijdens en voor de afhankelijkheid in de groep verzorgd in dagziekenhuizen, dan voor de groep behandeld zonder Comprehensive

Geriatric Assessment. De groep van het geriatrisch dagziekenhuis genereert minder hospitalisatiedagen en minder plaatsingen in instellingen voor chronische zorg.

• **De goede praktijken:**

- Er is nood aan permanent toezicht. De continue aanwezigheid van een verpleegkundige is belangrijk.
- Het team bestaat bij voorkeur uit personeel met veel ervaring (en dus vaak anciënniteit) in de geriatrie. De verpleegkundige is bij voorkeur houder van de Beroepstitel of Beroepsbekwaamheid in de geriatrie.
- Een aangepaste architectuur is nodig om alle taken van het GDH in multidisciplinariteit te kunnen waarmaken.
- Alle patiënten moeten door de geriater worden opgevolgd; de andere geneesheren-specialisten worden eventueel als adviserend arts geraadpleegd. Het GDH is geen hotel om een veelheid van onderzoeken te faciliteren (die misschien nutteloos zijn).
- Het multidisciplinair team stelt de diagnose door middel van de geriatrische tool (Comprehensive Geriatric Assessment). Die tool bestaat uit gevalideerde schalen die aan dezelfde methodologische criteria beantwoorden als elk ander diagnostisch evaluatiemiddel (beeldvorming, endoscopie,...).
- Als het aantal patiënten gering is (vooral bij het begin van de ontwikkeling van deze activiteit), worden de patiënten bij voorkeur op één of enkele dagen van de week geconcentreerd.
- Een hospitalisatie voorkomen is voor de oudere persoon heel belangrijk. Dat zorgt voor een zeer hoge tevredenheidsgraad bij de patiënten en hun naasten.

• **De knelpunten:**

- Het is niet mogelijk om het effect van de activiteit van het geriatrisch dagziekenhuis te meten door gebruik te maken van de MKG.
- Sommige centra kampen met een gebrek aan geriaters.
- De personeelskosten liggen hoger dan de subsidie voor de proefprojecten, gezien de nodige anciënniteit om goed te functioneren met genoeg ervaring.

- De leeftijd van de patiënten ligt 5 à 10 jaar lager dan de gemiddelde leeftijd in de geriatrie eenheid. De grens van 75 jaar ligt dus te hoog. De leeftijdsgrens moet van 75 jaar op 70 jaar gebracht worden. De gemiddelde leeftijd van alle patiënten samen, gezien over een jaar, moet zoals in de geriatrie hospitalisatie evenwel boven de 75 jaar liggen.

- De praktijken zijn heterogeen overeenkomstig de lokale problemen en de belangstellingsdomeinen van de geriater en zijn team, wat onvermijdelijk is voor nieuwe initiatieven en innoverende behandelingen. De case-mix is echter vrij gestandaardiseerd, met een aanzienlijke diagnostische activiteit rond de grote geriatrie syndromen (valpartijen, cognitieve problemen, ondervoeding, mobiliteit, gewichtsverlies, broosheid, enz.).

- In sommige ziekenhuizen heeft de directie dit team (of een deel ervan) gedelokaliseerd naar andere taken, wat de activiteit van het geriatrie dagziekenhuis onmogelijk of problematisch maakt. Er moet worden opgemerkt dat een aantal ziekenhuiscentra, die zich bewust zijn van het belang van het GDZ, met hun eigen middelen personeel hebben gefinancierd bovenop de 3 VTE's die voorzien zijn in de proefprojecten.

## **2. De interne liaison**

Alle geriatrie diensten die aan het experiment van de interne geriatrie liaison (IGL) hebben deelgenomen, werden uitgenodigd om een gedetailleerd verslag van hun activiteit in 2010 te bezorgen. Op basis van deze gegevens werd een representatieve groep van 12 teams geselecteerd om deel te nemen aan de vergaderingen van de werkgroep van de BVGG. Bovendien heeft de BVGG in 2010 een enquête uitgevoerd onder alle ziekenhuizen van het land. 66 ziekenhuizen hebben geantwoord. Uit die verslagen en opmerkingen onthouden we :

### **• De goede praktijken**

- Het ziekenhuis moet over voldoende G-bedden beschikken. Een goed gemiddelde ligt tussen de 15 en 20% van de bedden in het ziekenhuis. Dat kan worden afgeleid uit de omgekeerde relatie tussen aantal G-Pot en aantal bedden geriatrie.

- Beschikken over een team met voldoende geriatrie ervaring (en dus anciënniteit) waarbij de verpleegkundige (bij voorkeur houder van de Beroepstitel



of de Beroepsbekwaamheid in de Geriatrie) en de ergotherapeut en uiteraard ook de geriater van essentieel belang zijn.

- De screening van het geriatrisch profiel met een eenvoudig instrument zoals ISAR, GRP, VIP wordt systematisch uitgevoerd van bij de opname door de verpleegkundige die de patiënt onthaalt (op spoed of in de verpleegeenheid), en dus niet door het liaisonteam.

- Op basis van de screening of hun klinische indruk kunnen de verschillende zorgteams het advies vragen van de interne liaison. De interne liaison bezoekt deze patiënten en maakt de triage tussen de fraile en de niet-fraile patiënten. De fraile patiënten worden onderworpen aan een globale geriatrische evaluatie (CGA) die onder andere de voedings-, cognitieve, functionele en psychosociale toestand van de fraile oudere patiënt beschrijft. Er worden aanbevelingen geformuleerd voor het team dat de patiënt behandelt.

- Er wordt een akkoord gesloten met de geneesheren-specialisten verantwoordelijken van een hospitalisatie-eenheid om het resultaat van de tussenkomst van de geriatrische liaison ook aan de huisarts en aan de eerste lijn mee te delen.

- Het IGL-team en overigens het hele zorgprogramma voor de geriatrische patiënt heeft bovendien als taak de teams van de verschillende verpleegeenheden van het ziekenhuis de belangrijke principes van de geriatrie bij te brengen.

#### • De knelpunten

- Vaak gaat de vraag om advies de mogelijkheden van het team te boven (in grote ziekenhuizen met weinig G-bedden). Wanneer er te weinig G-bedden zijn in het ziekenhuis, wordt de opdracht van de interne liaison uitermate bemoeilijkt. In dat geval is het beter om zich op de hoog risicogroepen te concentreren.

- Grote diversiteit die hoofdzakelijk te wijten is aan de omvang van het liaisonteam dat niet is aangepast aan het aantal te evalueren geriatriepatiënten.

- Niet-beschikbaarheid van het personeel voor deze taak, omdat het soms elders in het ziekenhuis wordt ingeschakeld.

- De screening van patiënten boven de 75 jaar door de verpleegkundige die de patiënt onthaalt, gebeurt niet overal systematisch. Soms gebeurt die screening door het IGL-team wat natuurlijk een strategische vergissing is.

- De personeelskosten in de IGL liggen hoger dan de subsidie voor de proefprojecten, gezien de nodige anciënniteit om goed te functioneren met genoeg ervaring en autonomie.
- De adviezen van het liaisonsteam worden vaak slechts gedeeltelijk opgevolgd door de zorgteams van de verpleegeenheden die andere prioriteiten hebben. Dat vereist een aanpassing van de mentaliteit en het gedrag van de zorgteams.
- Vaak is de vraag groter dan de mogelijkheden van het team (in de grote ziekenhuizen met weinig G-bedden). Wanneer er te weinig G-bedden zijn in het ziekenhuis wordt de opdracht van de interne liaison extreem bemoeilijkt.
- De doeltreffendheid van de IGL is niet bewezen, behalve indien de aanbevelingen effectief worden opgevolgd. Een meta-analyse toont niet aan dat de IGL een effect zou hebben op de mortaliteit, de functionaliteit, de duur van de hospitalisatie of het aantal heropnames. De daling van het aantal deliriumepisoden en een verbetering van de cognitieve functie zijn wel bewezen.
- Een belangrijke taak van de IGL bestaat erin een goede selectie te bevorderen van geriatrische patiënten die het meeste baat hebben bij de zorg die binnen de G- eenheid wordt verstrekt.
- In slechts 11% van de ziekenhuizen is de IGL bij de spoedgevallendienst betrokken. Door een betere geriatrische aanpak op spoedgevallen zou een geriatrische patiënt sneller naar de G-dienst of het GDZ doorverwezen kunnen worden en kunnen onnodige opnames en heropnames worden vermeden.

### **Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt**

Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt (ZPG) werd door het koninklijk besluit van 28 Januari 2007 geofficialiseerd en bestaat nu dus meer dan zes jaar. Meer dan tien jaar voorbereiding en denkwerk waren aan deze publicatie voorafgegaan.

Op het terrein is er veel enthousiasme voor de toepassing van het programma, dankzij de lancering van pilootprojecten. Daarvan getuigen 92 experimenten rond de "Interne Liaison" (IGL), en 84 experimenten rond het "Geriatrisch Dagziekenhuis" (GDZ) in de 102 algemene ziekenhuizen van het land. Sommige algemene ziekenhuizen hadden zelfs een geriatrisch dagziekenhuis geopend of een interne geriatrische liaison opgezet met hun eigen middelen nog voor de

financiering van de pilootprojecten (vanwege de meerwaarde van de dienstverlening aan de patiënten). Sommige ziekenhuizen zijn zelfs zodanig overtuigd van het nut van het programma voor kwetsbare ouderen dat ze eigen financiële middelen toevoegen aan de financiering van de pilootprojecten.

Een aanzienlijke domper op dit enthousiasme is momenteel het relatieve tekort aan geriateren. De nodige maatregelen moeten worden genomen om het aantal geriateren in opleiding te verhogen. Het imago van de geriatrie in onze universiteiten moet verbeterd worden. Er zou voor alle studenten geneeskunde een verplichte stage moeten worden voorzien in een dienst geriatrie. Ze zullen immers bij de uitoefening van hun beroep allemaal te maken krijgen met geriatrische patiënten (uitgezonderd de pediaters en de vroedvrouwen). De financiering van de ziekenhuizen zou het werken in teamverband en het werk van de geriater moeten aanmoedigen.

Andere hindernissen zijn een tekort aan verpleegkundigen en gespecialiseerde paramedici, het tekort aan G-bedden in de meeste ziekenhuizen van het land (de programmatie is nog niet uitgewerkt), en de moeilijkheden in verband met de financiering via pilootprojecten.

De medewerking van de huisarts en de eerste lijn aan het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt is belangrijk. Het opsporen van patiënten met een geriatrisch profiel zou idealiter reeds voor de opname van de patiënt moeten gebeuren door het team van de eerste lijn. Die gegevens zouden systematisch naar de verschillende interveniënten moeten doorstromen. Er zou best een zorgtraject voor de "geriatrische " worden ingevoerd. De samenwerking tussen het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt en de RVT's moet gestimuleerd worden. Dit zou veel onnodige ziekenhuisopnames voorkomen. Het valt in dit kader trouwens te betreuren dat de "G"-eenheden uitgesloten zijn van de proefprojecten voor de hervorming van de gezondheidszorg (protocol III).

De externe liaison zal een belangrijk element zijn in het programma voor De Chronische Ziekten.

In het licht van deze positieve evolutie zou het nuttig zijn de "experimentele" fase te vervangen door een structurele organisatie en dito financiering in het BFM van de ziekenhuizen, of een RIZIV-financiering, evenals door de invoering van een

aangepaste bezoldiging van de geriaters voor deze activiteiten. Momenteel houdt de financiering van het geriatriesch dagziekenhuis en van de interne liaison geen rekening met de reële activiteit, noch met de omvang van het ziekenhuis.

De BVGG en het College voor Geriatrie onderstrepen dat alle opmerkingen en voorstellen beschreven in het groenboek (2009-2010) nog steeds actueel zijn en dat maar weinig voorstellen concrete vorm kregen. Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt is in overeenstemming met de gegevens van het recente verslag van het KCE over de zorg voor chronische zieken (KCE Report 190 A, 2012). Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt wordt daarin zelfs als voorbeeld aangehaald. De BVGG en het College dringen erop aan dat de aanbevelingen van het groenboek zo snel mogelijk uitvoering krijgen.

Drie elementen van het Programma lijken de belangrijkste en ook de meest dringende, in volgorde van prioriteit zijn dat de G- eenheid, het geriatriesch dagziekenhuis, en de interne liaison.

## ADVIES

### 1. Budgettaire situering

Het huidige budget voor de proefprojecten IGL en GDZ.

Interne Liaison 183.524 \* 92 = 16.884.208 € (voor 4 VTE's\* 92, of 368 VTE's)

GDZ 137.643 \* 84 = 11.562.012 € (voor 3 VTE's \* 84 of 252 VTE's)

121.312,96 \* 84 = 10.190.288,64 € (werkingskosten)

Dit budget van bijna 40 miljoen euro moet minstens worden gevrijwaard om het personeel van het geriatrisch dagziekenhuis en van de interne liaison te financieren. Dit toegewezen budget is echter onvoldoende want het maakt het niet mogelijk om op dit ogenblik alle patiënten die het nodig hebben te omkaderen.

Een ander probleem bestaat erin dat het bedrag bestemd voor de forfaits van de "pilotprojecten" GDH en IL vaste bedragen zijn, die niet worden aangepast aan de index, en ook niet aan de anciënniteit van het personeel. Om goede resultaten te behalen is het namelijk nodig om personen aan te werven met een zekere ervaring in de geriatrie, en dus met een zekere anciënniteit. Momenteel wordt het budget berekend op 0 jaar anciënniteit voor het personeel van de teams. De berekeningen die volgen in dit advies zijn gebaseerd op de index 2010 en op een 0 jaar anciënniteit.

### 2. De G-eenheid

De G-eenheid IS en BLIJFT DE GOUDEN STANDAARD van de geriatrie. Zijn doeltreffendheid werd al vele male bevestigd (reeds in 1984)<sup>xiii</sup>, en recent (in juli 2011) door de Cochrane Library<sup>xiv</sup>.

Binnen de G-eenheden genieten de patiënten van intensieve geneeskunde voor pathologieën waarvan de ernstgraad vergelijkbaar is met die van patiënten die op een dienst intensieve zorg verblijven (MKG en MVG cf. de studie van Tom Defloor<sup>xv</sup>).

De ontwikkeling van de interne liaison mag niet gebeuren ten koste van de geriatrische patiënten die meestal in een G-eenheid zouden moeten worden verzorgd. Het is duidelijk dat veel ziekenhuizen onvoldoende "G"-bedden tellen. De ideale verhouding ligt momenteel tussen 15 en 20%.

De stijging van het aantal G-bedden in onze ziekenhuizen is essentieel om patiënten met een G-profiel goed te kunnen behandelen. We stellen vast dat er aanzienlijke verschillen zijn tussen de ziekenhuizen wat het percentage oudere patiënten betreft dat in G-bedden wordt opgenomen.

De verhoging (2009) van de programmatie van de G-bedden van 5 naar 6 per duizend 65-plussers werd niet volledig geïmplementeerd op het terrein. Meerdere redenen kunnen daarvoor worden aangehaald. In de eerste plaats laat ook hier het gebrek aan geriaters zich voelen. Ook worden de ziekenhuizen gedurende drie jaar financieel gestraft indien ze C- of D-bedden omschakelen naar G. De berekening van de financiering van de ziekenhuisactiviteit wordt immers gebaseerd op de activiteit die 3 jaar voordien werd gerealiseerd, en dus worden de personeelsleden die bijkomend nodig zijn om aan de normen van de G-diensten te voldoen niet gefinancierd. Passende maatregelen moeten dus worden genomen om deze hindernis uit de wereld te helpen, en het aantal G-bedden aan te passen aan de realiteit van de ziekenhuispopulatie. Sommige ziekenhuizen hebben schrik van de publieke opinie om als "geriatrisch ziekenhuis" te worden gelabeld, indien zij relatief veel geriatrische bedden zouden hebben (uiting van onaanvaardbaar ageism). Tot slot aarzelen sommige ziekenhuizen om D- of C-bedden om te zetten in G-bedden omdat ze vrezen hun erkenning als stagedienst voor de opleiding van artsen tot specialisten te verliezen. De Hoge Raad zou de normen voor "bedden" om diensten te erkennen als stagediensten moeten schrappen. Veel activiteiten gebeuren momenteel immers ambulantly.

#### Programmatie en erkenning van G-bedden in 2011

	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	België
Programmatie G-bedden per 1000p ≥ 65jaar	6.880,04	3.468,16	919,00	11.267,20
Erkenningen op 01/01/2011	4.133	1.832	1.055	7.020
Niet erkend	2.747	1.636	-136	4.247

De G-eenheid ondervindt momenteel zware moeilijkheden. De oudere patiënten zijn er veel zorgbehoevender geworden en hun behandeling is moeilijker en ingewikkelder (cf. ernstgraad 3 en 4). De geriatrische geneeskunde heeft zich meer en meer ontwikkeld wat leidt tot een toegenomen behoefte aan heel gekwalificeerd personeel. Toch is de verpleegkundige en zorgkundige staf waarvan het kader in 1985 werd beslist (12.8 VTE's/24 bedden) voor de eenheden acute geriatricie in België nog steeds ongewijzigd (exclusief vliegende ploeg en andere onvoldoende doeltreffende maatregelen). België situeert zich amper ergens in de helft van de verpleegkundige en zorgkundige personeelsnormen die in de meeste Europese landen<sup>xvi</sup> worden toegepast.

Volgens de ervaring van de geriateren maakt het GDZ het bovendien mogelijk patiënten te evalueren die anders gehospitaliseerd waren geweest. Dit brengt mee dat de gehospitaliseerde gevallen het "moeilijkst" te managen zijn. De bezettingsgraad ligt praktisch altijd hoger dan 95% en de gemiddelde verblijfsduur neemt voortdurend af.

De stijging van het verpleegkundig en zorgkundig personeel is dus een dringende noodzaak. We brengen nogmaals de aanbevelingen van het "Groenboek" in herinnering. In de praktijk toont de Peer Reviewstudie aan dat de diensten al gemiddeld 14.8 VTE's tewerkstellen (twee meer dan wat wordt gefinancierd). De terreinervaring toont aan dat dat onvoldoende is en dat er nog twee verpleegkundigen zouden moeten bijkomen. De financiering moet het geleidelijk aan mogelijk maken om deze personeelsleden te betalen om de zorgkwaliteit te garanderen. Het is, gelet op de toegenomen complexiteit van de zorg, overigens nuttig en noodzakelijk om onder het zorgpersoneel minstens 75% verpleegkundigen te hebben.

Anderzijds is ook het aantal paramedici onvoldoende. Reeds in 1988 heeft de BVGG een memorandum gepubliceerd waarin 4 VTE's per 24 bedden werden gevraagd.

Het zou ten slotte logisch zijn om een forfaitair bedrag te voorzien voor de coördinatiefunctie van de geriater en de hoofdverpleegkundige van het zorgprogramma voor de geriatricische patiënt. Ook dat stond in de aanbevelingen van het Groenboek. Dat is al verwezenlijkt voor andere transversale medische

functies zoals die van de geneesheer-hygiënist, de hoofdgeneesheer of de geneesheer hoofd van het mobiele team voor palliatieve zorg.

### **3. Het geriatrisch dagziekenhuis (GDZ)**

#### **• Nut**

Het geriatrisch dagziekenhuis heeft tot doel een hospitalisatie of een plaatsing te voorkomen door een diagnose te stellen, een behandeling te geven of zelfs een revalidatie overdag te organiseren voor "oudere complexe patiënten" die thuis of op een thuisvervangend milieu wonen (ROB-RVT).

#### **• Financiering**

De studie van de werkgroep van de BVGG over het geriatrisch dagziekenhuis heeft aangetoond dat een forfaitair bedrag van 161€/dag/patiënt, aan de index van 2010 noodzakelijk was om het team te financieren (exclusief geriater en exclusief werkingskosten), rekening houdend met de case-mix van de GDZ-eenheden (case-mix vermeld in het FOD-rapport van 2008). De andere vormen van dagziekenhuis krijgen gemiddeld een forfait van 171€ per dag per patiënt (in 2010 werd een bedrag van 156.08€ tot 200.68€ gefinancierd naargelang van het type forfait).

De patiënten die kunnen genieten van een terugbetaling van het GDZ-forfait moeten minstens voldoen aan één van de volgende groepsriteria:

1. Persoon van 70 jaar of ouder waarvoor een "geriatrisch bilan" noodzakelijk is aan de hand van "gevalideerde tools" waaronder de raadpleging van de geriater, van een verpleegkundige en nog minstens één ander persoon (psycholoog, ergotherapeut, kinesitherapeut, diëtist, logopedist, ....) besloten met een verslag van de geriater waarin de evaluaties zijn samengevat. Deze activiteit wordt terugbetaald met een forfait per patiënt en per dag (175€, anciënniteit en index inbegrepen). Dat forfait omvat niet de financiering van de geriater.



2. Persoon van 70 jaar of ouder waarvoor een behandeling noodzakelijk is, die complexe geworden is ingevolge het geriatrisch profiel van de patiënt (aangetoond door een gestandaardiseerde geriatrische evaluatie).
3. Persoon van 70 jaar of ouder die een geriatrische evaluatie heeft ondergaan met een gevalideerde tool en die gedurende maximum 3 maanden een "multidisciplinaire revalidatie" nodig heeft. Deze revalidatie dient uitgevoerd te worden door een specifieke geriatrisch multidisciplinair team, in overleg met de dienst revalidatie van het ziekenhuis.

Een studie van de werkgroep van de BVGG had betrekking op de tijd die nodig is voor de evaluatie, de behandeling en de revalidatie van patiënten in het GDZ. Voor de revalidatie werden volgende tijden in aanmerking genomen:

Basiszorg	admin	verpleegk	ergo	soc	psycho	kine	logo	diët	Totaal
Katz O-A	10	30	10	10	5	5		5	75 min
Katz B-C	15	65	15	15	10	10		5	135 min
Specifieke Revalidatie-activiteit									
	5	20	45	10	10	45		2	140 min

Wat uitkomt op 215 à 275 minuten per patiënt. Dit is een iets langere tijd dan voor de diagnose of de behandeling.

De vermelde minimale leeftijd is in contradictie met de normen bepaald door het RIZIV voor de terugbetaling van het werk van de geriater, die de leeftijd van 75 jaar voorziet in plaats van 70 jaar. Dikwijls zijn de patiënten die het GDZ bezoeken enkele jaren jonger dan deze die opgenomen worden op de Dienst G. De gemiddelde leeftijd van alle patiënten op jaarbasis moet natuurlijk boven de 75 jaar blijven, conform de algemene principes van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt.

Er moeten evenwel beperkingen worden ingebouwd:

- er moet vooraf een Comprehensive Geriatric Assessment zijn uitgevoerd met een gevalideerde tool,
- maximum 40 sessies gedurende maximum 12 weken,

- eerst de goedkeuring van het revalidatieplan (inclusief CGA) door de adviserend geneesheer van het ziekenfonds met op het einde van het traject het versturen van een verslag met de bereikte resultaten en een opvolgingsplan voor thuiszorg. Deze documenten moeten ook worden bezorgd aan de behandelende arts, aan de huisarts en aan de eerste lijn.
- In samenwerking en afstemming met en tussen de dienst fysische geneeskunde en revalidatie van het ziekenhuis.
- een wekelijkse vergadering van het team om de voortgang te evalueren en om eventueel de revalidatie aan te passen,
- minstens 2 paramedici zijn bij deze revalidatie betrokken (bv. kinesitherapeut, ergotherapeut, logopedist, psycholoog, sociaal assistent, enz.).
- voor de dagen dat de patiënt voor revalidatie naar het GDZ gaat, is geen enkele andere vorm van revalidatie terugbetaalbaar.
- De eventuele overgang naar een "dagverzorgingscentrum" (dat zich in een RVT bevindt en waar het sociale aspect zeer belangrijk is) zou zo vlug mogelijk overwogen moeten worden, in overleg met de huisarts van de patiënt. Samenwerkingsverbanden tussen het GDZ en één of meer dagverzorgingscentra, de diensten voor thuiszorg, de GDT's, enz. zijn aanbevolen.

Samenstelling van het team van het geriatrisch dagziekenhuis :

Minimum 40% verpleegkundigen + Minimum 40% paramedisch personeel

#### 4. De interne liaison

##### • Nut

Elke geriatrische patiënt moet bij voorkeur worden opgenomen in de geriatrie (G-bed). De interne liaison is een ondersteunende activiteit in antwoord op het huidige tekort aan G-bedden in de algemene ziekenhuizen.

Zij maakt het mogelijk om:

- a) concrete geriatrische problemen op te sporen en te evalueren;
- b) aanbevelingen te formuleren t.a.v. de behandelende geneesheer-specialist en de huisarts voor de opvolging thuis teneinde heropnames te voorkomen;

- c) de geriatrische aanpak in het ziekenhuis te verspreiden;
- d) de patiënten te selecteren die het meest baat hebben bij een opname in een G-eenheid.

#### • **Opmerking betreffende de screening**

De screening van alle patiënten van 75 jaar en ouder bij opname in het ziekenhuis is een activiteit die los staat van de interne liaison. Elke verpleegkundige die een patiënt onthaalt, heeft de plicht de verpleegkundige anamnese af te nemen, de bloeddruk te nemen, de patiënt te wegen, enz. en dus ook om aan de hand van één van de gevalideerde en eenvoudige schalen (ISAR, GRP, VIP,...) te oordelen of de patiënt eventueel een geriatrisch profiel heeft. Hierdoor kan het volledige verzorgende team en de behandelende arts bewust gemaakt worden voor de specifieke geriatrische aspecten van de patiënt in kwestie, kan eventueel de hulp en de expertise van het multidisciplinaire team van de interne liaison ingeroepen worden en kan eventueel zo vlug mogelijk een transfer naar een G-bed overwogen worden.

#### • **Financiering**

Na de IL gedurende 5 jaar als proefproject te hebben uitgetest, blijkt dat het aantal VTE's niet vast hoeft te zijn (momenteel 4 VTE's), maar moet variëren in functie van het aantal patiënten van 75 jaar en ouder dat in het ziekenhuis is opgenomen.

Volgens een voorstel van de Task Force van de BVGG (2011) om de schaarse middelen zo billijk mogelijk te verdelen wordt dit aantal herleid tot 2 VTE's voor de ziekenhuizen met minder dan 1.000 verblijven van patiënten van 75 jaar en ouder per jaar. De voorgestelde formule verdeelt het personeel naar rato van 2 à 6 VTE's per ziekenhuis. De Task Force heeft er bij de berekening over gewaakt dat het totaal aantal VTE's dat is voorzien in de 92 momenteel gefinancierde ziekenhuizen niet wordt verhoogd (constant kader en budget).

De financiering moet rekening houden met het aantal patiënten van 75 jaar en ouder dat in het ziekenhuis jaarlijks is opgenomen. Om binnen het huidige budget te blijven (rekening houdende met anciënniteit en index) moet uitgegaan worden van minimum 2 VTE's per ziekenhuis en moet de rest verdeeld worden ( $368 - 2 * 102 = 164$ ) overeenkomstig het aantal patiënten van 75 jaar en ouder dat in het ziekenhuis is opgenomen (om tot een totaal te komen naar rato van 2 à 6 VTE's per ziekenhuis).

Het per VTE gestorte bedrag moet rekening houden met de anciënniteit van het personeel dat in de liaisongeriatrie wordt ingezet. Het salaris van een verpleegkundige of van een paramedisch personeelslid moet rekening houden met een gemiddelde anciënniteit van 10 jaar. Dit complexe werk vereist ervaren, betrouwbare en zelfstandige collega's. De enquête van 2010 heeft aangetoond dat het gemiddelde jaarsalaris 58.000 € bedroeg. Thans zou de gemiddelde kost 63.000€ bedragen. Het globale bedrag dat hierboven wordt bepaald, houdt rekening met het gemiddelde salaris van een verpleegkundige/paramedisch personeelslid in IL: 58.000 Euro/jaar, daar waar het pilootproject 45.000 Euro/jaar had voorzien (een verschil van 22%).

Het werk van de geriater die het team coördineert moet echter worden bezoldigd aangezien het onontbeerlijk is voor de goede werking van de interne liaison.

Een belangrijke beschouwing is het feit dat de activiteit van de IL zich in de andere diensten voltrekt. Het is een dienst die het geriatrisch team verleent aan de andere gespecialiseerde diensten van het ziekenhuis. Dit stelt hen in staat om hun efficiëntie en de zorgkwaliteit te verhogen.

De interne geriatrische liaison is alleen doeltreffend als de adviezen verleend door het multidisciplinair team van de interne geriatrische liaison concreet opgevolgd worden, zowel tijdens de hospitalisatie als daarna thuis (of in RVT). Om die reden krijgen de interne liaisonteams de raad om de samenwerking te bevorderen met de verpleegeenheden, de artsenteams die zich ertoe verbinden de aanbevelingen van het interne liaisonteam uit te voeren en alle informatie en aanbevelingen door te geven aan de huisarts.

Door het grote aantal oudere patiënten opgenomen in niet-geriatrische bedden en het gebrek aan geriateren op dit ogenblik is het niet mogelijk alle patiënten met een geriatrisch profiel opgenomen in niet-geriatrische bedden op te volgen. De interne liaison kan zich dus, met een grotere doeltreffendheid, richten naar specifieke hoog risicogroepen (of eenheden).

Het College voor Geriatrie zal kwaliteitscriteria opstellen en die in de toekomst aanpassen. Als kwaliteitscriteria moeten overwogen worden: de communicatie en gecoördineerde actie met het team van de verpleegeenheid, de liaison met de eerste lijn, het aantal effectief opgevolgde adviezen, enz.

- **Samenstelling van het Interne Liaisonsteam**

In de toekomst zou de samenstelling van het Interne Liaisonsteam idealiter in verhouding moeten staan tot het volume van de geriatrische activiteit van het ziekenhuis, met minimum 2 VTE's:

50% verpleegkundigen + 20% ergo + 30% naar keuze

## Antwoorden op de vragen van de Minister

**1. Doelpubliek en screening van de patiënten met een geriatrisch profiel (procesfase van de screening ? - Instrumenten voor screening en assessment? Door wie wordt de (pre)screening gedaan: referentieverpleegkundige of alle verpleegkundigen van de dienst?).**

In het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt moeten alle patiënten ouder dan 75 jaar die in het ziekenhuis worden opgenomen, of dat nu gebeurt via de spoed of via een transfer of via rechtstreekse opname, kunnen genieten van een screening om na te gaan of ze beantwoorden aan de frailtycriteria die een geriatrische aanpak rechtvaardigen.

Artikel 3 van het Koninklijk Besluit van 29.01.2007 definieert het doelpubliek van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt. Deze vrij ruime definitie is bruikbaar.

Voor de screening gevraagd overeenkomstig artikel 4 van hetzelfde besluit gebruikt de meerderheid van de ziekenhuizen als screeningsschaal het ISAR of GRP rooster en in mindere mate het VIP. Deze schalen hebben het voordeel dat ze makkelijk uit te voeren zijn (ze vereisen geen geriatrische opleiding) en dat ze niet te veel tijd in beslag nemen. Hun relatieve specificiteit en sensitiviteit werd onderzocht (cf. bijvoorbeeld een artikel in *Age and Ageing* 2009<sup>xvii</sup>).

Aangezien de instroom van patiënten, zowel via directe opname als via spoed, erg groot is, moet elke verpleegkundige van de dienst in staat zijn om deze screeningsschaal in te vullen. Dit gegeven moet in het profiel van de patiënt staan, dat wordt opgemaakt bij elke opname. Een informatiewaarschuwing zou moeten verschijnen in geval van positieve screening (wat gemakkelijk mogelijk is als het dossier op elektronische drager staat).

Wanneer een patiënt met een geriatrisch profiel wordt geïdentificeerd, moet het team waar de patiënt verblijft op de hoogte gebracht worden en kan er beslist worden om een beroep te doen op het interne liaisonteam. In dat geval bezoekt het interne liaisonteam de patiënt en oordeelt (op basis van ervaring of op basis van een meer gedetailleerde screening) of het echt een geriatrisch profiel betreft, dit om valse positieve cases te voorkomen.

Heeft de patiënt werkelijk een geriatrisch profiel, dan kan hij worden overgebracht naar de G-dienst, ofwel moet er een diepgaandere evaluatie worden overwogen. Soms is de meest eenvoudige methode de patiënt later terug te zien in het GDZ, nadat het acute probleem waarvoor hij is opgenomen in een andere dienst is opgelost.

## **2. Betere definitie van de geriatrische raadpleging en onderscheid tussen geriatrische raadpleging in Geriatrisch Dagziekenhuis wat de medische aspecten betreft.**

De geriatrische raadpleging is een relatief klassieke raadpleging, ook al is ze vaak tijdrovend. De arts is alleen met de patiënt, of er is eventueel een verpleegkundige bij die bijvoorbeeld de patiënt helpt met uit- en aankleden, of om de administratieve gegevens te verwerken en eventueel wat klinische en functionele gegevens te verzamelen.

In het Geriatrisch Dagziekenhuis is het net als bij een klassieke hospitalisatie de arts maar ook het multidisciplinair team dat de patiënt met een geriatrisch profiel behandelt. Er is de prestatie van de geriater, maar ook van een verpleegkundige en minstens één andere beroepsbeoefenaar (psycholoog, ergotherapeut, kinesitherapeut, diëtist, logopedist, sociaal assistent...). Er kunnen hier ook behandelingen worden verstrekt die complexe zijn, wegens het geriatrisch profiel van de patiënten (aangetoond door een geriatrische evaluatie), evenals een multidisciplinaire revalidatie gedurende maximum 3 maanden.

Er wordt voorgesteld om voor het dagziekenhuis de leeftijd vanaf dewelke een terugbetaling mogelijk is op 70 jaar terug te brengen.

De raadpleging, die een veel punctueler element is, omvat niet de globale behandeling van de patiënt en het multidisciplinaire aspect ervan. De geriatrische raadpleging maakt het mogelijk een patiënt te zien of opnieuw te zien om één of ander eerder punctueel element te regelen. Zij wordt terugbetaald volgens het tarief van het RIZIV. Gelet op het type patiënt gebeuren de meeste geriatrische raadplegingen momenteel in het ziekenhuismilieu.

### 3. Definitie van de organisatie en van de opdrachten van het Geriatrisch Dagziekenhuis (teamsamenstelling, activiteitsniveau, architectuurnormen).

#### Opdrachten van het GDZ

Het geriatrisch dagziekenhuis heeft tot doel een hospitalisatie of een plaatsing te voorkomen door een diagnose te stellen, een behandeling te geven of een revalidatie overdag te organiseren voor oudere complexe patiënten die thuis of in een thuisvervangend milieu wonen (RVT).

De patiënten die kunnen genieten van een terugbetaling van het GDZ-forfait moeten beantwoorden aan minstens één van de volgende groepscriteria:

1. Persoon van 70 jaar of ouder waarvoor een geriatrisch bilan noodzakelijk is aan de hand van gevalideerde tools waaronder de raadpleging van de geriater, van een verpleegkundige en nog minstens één ander persoon (psycholoog, ergotherapeut, kinesitherapeut, diëtist, logopedist, ....) besloten met een verslag van de geriater waarin de evaluaties zijn samengevat.
2. Persoon van 70 jaar of ouder waarvoor een behandeling noodzakelijk is, die complex geworden is omwille van het geriatrisch profiel van de patiënt (aangetoond door een geriatrische evaluatie).
3. Persoon van 70 jaar of ouder die een geriatrische evaluatie heeft ondergaan met een gevalideerde tool en die gedurende maximum 3 maanden een "multidisciplinaire revalidatie" nodig heeft.

#### Bijzondere voorwaarden :

- a. er moet vooraf een Comprehensive Geriatric Assessment zijn uitgevoerd met een gevalideerde tool,
- b. maximum 40 sessies gedurende maximum 12 weken,
- c. eerst de goedkeuring van het revalidatieplan (inclusief CGA) door de adviserend geneesheer van het ziekenfonds met op het einde van het traject het versturen van een verslag met de bereikte resultaten en een opvolgingsplan voor thuiszorg. Deze documenten moeten ook worden bezorgd aan de behandelende arts, aan de huisarts en aan de eerste lijn,



- d. een wekelijkse vergadering van het team om de voortgang te evalueren en om eventueel de revalidatie aan te passen,
- e. minstens 2 paramedici zijn bij deze revalidatie betrokken. (b.v. kinesitherapeut, ergotherapeut, logopedist, psycholoog, sociaal assistent, enz.),
- f. voor de dagen dat de patiënt voor revalidatie naar het GDZ gaat, is geen enkele andere vorm van revalidatie terugbetaalbaar.
- g. De eventuele overgang naar een "dagcentrum" (dat zich in een RVT bevindt en waar het sociale aspect zeer belangrijk is) zou zo vlug mogelijk overwogen moeten worden, in overleg met de huisarts van de patiënt. Samenwerkingsverbanden tussen het GDZ en één of meer dagcentra, de diensten voor thuiszorg, de GDT's, enz. zijn aanbevolen.

#### Activiteitsniveau

Afhankelijk van de werving en bijzondere lokale eigenschappen is het niet mogelijk dat alle GDZ hetzelfde activiteitsniveau hebben. Onder meer daarom moet een financiering worden overwogen die minstens gedeeltelijk is gelinkt aan de activiteit. Het personeel zou kunnen worden gefinancierd volgens een forfait van 175€ per dag per patiënt voor diagnose en revalidatie. Voor therapeutische activiteiten wordt voorgesteld om de nomenclatuur van de klassieke dagziekenhuizen te gebruiken.

#### Samenstelling van het team van het Geriatrisch Dagziekenhuis

De gesuggereerde teamverhoudingen volgens de onderzoeken van de werkgroep van de BVGG zijn minimum 40% verpleegkundigen en minimum 40% paramedisch personeel. De resterende 20% wordt ingevuld volgens de appreciatie van de lokale behoeften, bepaald door de geriater. Het absolute personeelsaantal hangt af van het aantal behandelde patiënten.

#### → Architectuurnormen van het GDZ:

Op basis van de experimenten in het kader van de proefprojecten tot

financiering van de GDZ, zijn de normen vermeld in artikel 30 van het KB van 2007 grotendeels relevant. Het GDZ moet een afzonderlijke en herkenbare architecturale entiteit zijn. De lokalen moeten specifiek voorbehouden zijn aan de patiënten die zijn opgenomen in het GDZ. Zij moeten aangepast zijn aan het comfort en aan de veiligheid van geriatrische patiënten. Het GDZ moet beschikken over voldoende lokalen om de volgende functies te verzekeren : onderzoek van de patiënt, zorg, rust, functionele revalidatie, maaltijden, voldoende aangepaste sanitaire voorzieningen, voldoende lokalen om alle nodige tussenkomsten van het multidisciplinair team mogelijk te maken.

Het voorgestelde financieringssysteem hangt af van het aantal patiënten dat gezien wordt om correct en objectiveerbaar te zijn. Een financiering van de werkingskosten moet worden voorzien via het BFM.

#### **4. Definitie van de organisatie en de opdrachten van de interne liaison (teamsamenstelling, activiteitsniveau) :**

Indien de basisscreening positief is en/of de behandelende ziekenhuisarts het nuttig acht, dan is de tussenkomst van het multidisciplinaire interne liaisonsteam noodzakelijk. Dit team zal op basis van ervaring of op basis van een diepgaander assessment oordelen of het wel degelijk een patiënt met geriatrisch profiel betreft. Dit om nutteloze interventies bij valse positieve cases te voorkomen. Een comprehensive geriatric assessment (CGA) moet in dat geval worden uitgevoerd. Dit CGA moet onder andere de cognitieve, nutritionele en mobiliteitsdomeinen,... exploreren, met voor elk domein minstens één gevalideerde schaal.

De uitgebrachte adviezen kunnen belangrijk zijn voor de toekomst van de patiënt. Het werk van de liaison moet er niet in bestaan het ontslag van gehospitaliseerde patiënten te organiseren.

Indien er een diagnose of een opvolging noodzakelijk is dan is de patiënt meestal op zijn plaats in de geriatrische hospitalisatie ofwel in het geriatrisch dagziekenhuis.

De financiering moet rekening houden met de theoretische werklast dat het team krijgt. De beste parameter lijkt het aantal patiënten van 75 jaar en ouder te zijn, opgenomen in het ziekenhuis, op jaarbasis.

Om binnen het huidige budget te blijven (rekening houdende met anciënniteit en index) moet uitgegaan worden van minimum 2 VTE's (50% verpleegkundigen, 20% ergotherapeuten, 30% naar keuze) per ziekenhuis en moet de rest verdeeld worden ( $368 - 2 \cdot 102 = 164$ ) overeenkomstig het aantal patiënten van 75 jaar en ouder (naar rato van 2 à 6 VTE's/ziekenhuis).

Het College voor Geriatrie zal kwaliteitscriteria opstellen en die in de toekomst aanpassen. Als kwaliteitscriteria moeten overwogen worden : de communicatie en gecoördineerde actie met het team van de eenheid (schriftelijke akkoorden), de liaison met de eerste lijn, het aantal geriateren in het team, het aantal effectief opgevolgde adviezen, enz.

#### **5. Betere definitie van de organisatie en van de opdrachten van de externe geriatrische liaison en relatie met het ontslagmanagement en de sociale dienst.**

Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen het macro- en microniveau.

Vanuit macrostandpunt omvat de externe geriatrische liaison heel het relationele aspect dat bestaat tussen de geriatriedienst en de zorgmogelijkheden voor en na het ziekenhuis. Dat omvat natuurlijk de relaties met de huisartsen, maar ook de verschillende thuiszorgstructuren en de huisvestingsstructuren zoals de rusthuizen, RVT, ROB, revalidatiediensten, dagcentra,...

Overlegvergaderingen om te zorgen voor een betere doorstroming van de patiënten tussen deze verschillende structuren zijn onontbeerlijk en soms tijdrovend. Deze ideeën staan al in het "Groenboek".

Vanuit microstandpunt, op individueel niveau, moet er voor elk geval gezorgd worden voor een heel nauwgezette coördinatie tussen het ziekenhuisteam (waar de sociaal assistent een bijzondere rol in speelt) en de buitenwereld (waar de thuiszorgcoördinatoren soms bevoorrechte gesprekspartners zijn).

In lijn met de geest van de geriatrische behandeling maakt de sociaal assistent noodzakelijk deel uit van het multidisciplinair team dat de patiënt zowel tijdens zijn opname op geriatrie als in het GDZ opvolgt.

## **6. Gegevensuitwisseling bij opname en ontslag van de patiënt:**

Op technisch vlak moeten in de eerste plaats de technische middelen zoals het E-health platform, Vitalink in Vlaanderen of het Waals gezondheidsnetwerk, evenals de hubs die de ziekenhuizen met elkaar verbinden ervoor zorgen dat relevante informatie sneller en op het juiste moment naar de juiste actor doorstroomt (Macroniveau)..

Voor de opname in het ziekenhuis (G-dienst of GDZ) moet de behandelende arts een zo omstandig mogelijke aanvraag indienen met eventueel bijkomende inbreng vanwege het thuiszorgteam of het rusthuis.

Bij het ontslag moet er een medisch verslag worden opgesteld met daarin alle conclusies van het multidisciplinair team en de eventueel nog bijkomend uitgevoerde onderzoeken. Dit verslag moet de klemtoon leggen op voorgestelde aanpassingen in de opvolging en behandeling van de patiënt. Het relevantieniveau van de gegevens moet indien mogelijk worden bevestigd door gevalideerde schalen die zijn aangepast aan elk afzonderlijk geval. Er moet een functionele diagnose worden verschaft en de meest adequate wijze om de patiënt te behandelen.

Voor de liaisongeriatrie wordt aan het team dat de patiënt behandelt voorgesteld om de gegevens en conclusies van het interne liaisonsteam op te nemen in het eindverslag dat aan de huisarts is gericht. Indien gevalideerde schalen werden ingevuld, dan is het ook raadzaam de resultaten daarvan te bezorgen zowel aan de huisarts als aan de verschillende diensten die verder voor de zorg zullen instaan nadat de patiënt het ziekenhuis heeft verlaten. De ontwikkeling van een geïntegreerd elektronisch platform om gegevens uit te wisselen en op te volgen is dan ook noodzakelijk.

## **7. Statuut van de hoofdverpleegkundige van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt:**

De hoofdverpleegkundige van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt speelt een rol in de praktische toepassing van het geriatrische beleid waartoe er samen met de geriater hoofd van dienst is besloten. Hij moet houder zijn van de beroepstitel of de beroepsbekwaamheid in de geriatrie. Hij neemt deel aan de coaching en aan de leiding van de teams van het gehele zorgprogramma, de organisatie van de opleidingen en het behoud van een globale samenhang in de dienst. Deze rol kan enkel worden vervuld in perfecte samenspraak met de geriater hoofd van dienst. De financiering van deze functie van hoofdverpleegkundige van het zorgprogramma moet derhalve worden voorzien. .

## **CONCLUSIES:**

### **Algemeen kader**

Sinds 1950 hebben demografen en gerontologen alsmaar de aandacht van de overheid gevestigd op het fenomeen van de vergrijzing van de bevolking. Dat fenomeen neemt voortdurend toe. De levensverwachting bij de geboorte stijgt sinds 100 jaar immers elk jaar met 3 maanden. Het aantal tachtigers verdubbelt alle 10 jaar. De klassieke demografische "piramiden" zijn vervangen door "atoompaddestoelen".

De pest en de cholera van vroeger, tuberculose met zijn sanatoria, poliomyelitis zijn verdwenen en de volksgezondheid heeft zich daaraan moeten aanpassen. Hetzelfde geldt vandaag de dag: er duiken steeds vaker chronische ziekten op die een specifieke aanpak behoeven. Vaak treden verschillende chronische ziekten tegelijk op, waardoor complexe, vaak oudere, patiënten behandeld en verzorgd moeten worden. Een inefficiënte aanpak van die patiënten zorgt voor een slechte levenskwaliteit voor die personen en kost veel geld aan de sociale zekerheid. Een aangepaste en overdachte aanpak van die complexe populatie is dan ook een **ABSOLUTE PRIORITEIT** op het vlak van Volksgezondheid. Die moet alle vormen van zorg omvatten van thuiszorg tot instellingszorg.

Om een antwoord te bieden op die nieuwe uitdaging heeft de overheid in 2007 het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt ingevoerd (consultatie, zorgeenheid, geriatrisch dagziekenhuis, interne liaison, externe liaison) dat zich, uitgezonderd voor de klassieke geriatrische hospitalisatie en de consultatie, helaas nog altijd in een experimentele fase bevindt omdat er nog geen structurele financiering is.

De zorgeenheid "G" is en blijft de "goudstandaard" voor de zorg aan geriatrische patiënten. Deze zorgvorm moet dan ook zoveel mogelijk geoptimaliseerd worden in het kader van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt.

Een stijging van het aantal verpleegkundige en verzorgende VTE's is wenselijk gezien de toegenomen zwaarte van de patiënten die in "G" worden opgenomen. Ook een stijging van het aantal paramedici in de ruime betekenis van het woord moet in de toekomst overwogen worden. Een evaluatie van de vereiste zorgprofielen zal het in de toekomst mogelijk maken om de behoeften aan personeel in aantallen en in kwalificaties te objectiveren.

De factoren die leiden tot een gebrek aan geriateren en verpleegkundigen moeten bestudeerd worden teneinde adequate maatregelen te nemen. Het imago van de geriatrie in de hoge scholen en universiteiten moet verbeterd worden. Er zou voor alle studenten geneeskunde en verpleegkunde een verplichte stage moeten worden voorzien in een dienst geriatrie. De financiering van de ziekenhuizen zou het werken in teamverband en het werk van de geriater moeten aanmoedigen en herwaarderen.

Er moet een middel gevonden worden om de programmatie van de G-bedden effectief te realiseren.

De medewerking van de huisarts en de eerste lijn aan het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt is belangrijk. Het opsporen van patiënten met een geriatrisch profiel zou reeds voor de opname van de geriatrische patiënt moeten gebeuren door het team van de eerste lijn. Die gegevens zouden systematisch naar de verschillende interveniënten moeten doorstromen. Er moet een zorgtraject voor de geriatrische patiënt worden ingevoerd. De samenwerking tussen het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt en de RVT's moet zo goed mogelijk georganiseerd worden. Dit zou veel onnodige ziekenhuisopnames

voorkomen. In dit kader valt het trouwens te betreuren dat de "G"-eenheden uitgesloten zijn van de proefprojecten voor de hervorming van de gezondheidszorg (protocol III).

De externe liaison zal een belangrijk element zijn in de optimale ontwikkeling van de geneeskunde en de geriatrie omdat ze het mogelijk maakt om de patiënt op de juiste plaats met de juiste middelen te situeren.

De NRZV stelt voor om de experimentele fase van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt af te sluiten en over te gaan naar een structurele financiering. Het fundamentele principe is dat de financiering in verhouding moet staan tot het uitgevoerde werk.

Het geriatrisch dagziekenhuis is zoals in alle andere medische disciplines de normale aanvulling op de hospitalisatieafdeling, waar men probeert om de hospitalisatieduur tot één dag te reduceren. De interne liaison is een ondersteunende activiteit voor patiënten met een geriatrisch profiel die niet in G-bedden zijn opgenomen, waarvan de doeltreffendheid enkel bewezen is in welomschreven omstandigheden. Ze vereist een actieve deelname van de monogespecialiseerde teams en verzekert daardoor een opleiding van deze teams in de geriatrische aanpak.

De hoofdverpleegkundige van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt speelt een rol in de praktische toepassing van het geriatrische beleid waartoe er samen met de geriater hoofd van dienst is besloten. Hij moet houder zijn van de beroepstitel of de beroepsbekwaamheid in de geriatrie. Hij neemt deel aan de coaching en aan de leiding van de teams van het gehele zorgprogramma, de organisatie van de opleidingen en het behoud van een globale samenhang in de dienst. Deze rol kan enkel worden vervuld in perfecte samenspraak met de geriater hoofd van dienst. Zijn financiering moet dan ook voorzien zijn.

## **Het geriatrisch dagziekenhuis**

Het geriatrisch dagziekenhuis is bedoeld voor patiënten met een geriatrisch profiel. Dat profiel moet worden geëvalueerd door middel van een "Comprehensive Geriatric Assessment" met een gevalideerde tool, hetzij voor de opname, hetzij tijdens de opname. Alleen een geriater kan de behandelend geneesheer zijn van de patiënt die in het GDZ is opgenomen.

De aanbevolen samenstelling van het team bestaat uit minstens 40% verpleegkundigen en minstens 40% paramedici.

De patiënten die kunnen genieten van een terugbetaling van het GDZ-forfait moeten minstens voldoen aan één van de volgende criteria:

-70 jaar zijn of ouder waarvoor een geriatrisch bilan noodzakelijk is aan de hand van gevalideerde tools waaronder de raadpleging van de geriater, van een verpleegkundige en nog minstens één ander persoon (psycholoog, ergotherapeut, kinesitherapeut, diëtist, logopedist, ...), besloten met een eindverslag.

-70 jaar zijn of ouder, waarvoor een behandeling noodzakelijk is die complex is geworden door het geriatrische profiel van de patiënt (aangetoond door een geriatrische evaluatie).

-70 jaar zijn of ouder, die een gestandaardiseerde geriatrische evaluatie heeft ondergaan, en die gedurende maximum 3 maanden een multidisciplinaire revalidatie nodig heeft (max. 40 sessies). Deze revalidatie dient uitgevoerd te worden door een specifieke geriatrisch multidisciplinair team, in overleg met de dienst revalidatie van het ziekenhuis.

De werkingskosten zijn ten laste van het BFM. De tijdens de experimentele fase toegekende bedragen lijken te volstaan als ze geïndexeerd worden.

Voor diagnose en revalidatie (mits beperkingen in aantal en duur, en mits samenwerkingsverbanden met dagverzorgingscentra en GDT's) wordt er een forfait per dag per patiënt van 175€ voorgesteld. Dat is mogelijk via het BFM of het RIZIV.

Voor de therapeutische activiteiten waarvoor een specifieke geriatrische begeleiding nodig is, zijn de forfaits, vastgesteld voor de activiteiten van de andere dagziekenhuizen van toepassing.

Het honorarium van de geriater zit niet vervat in het GDZ-forfait.



Er moet een zorgplan worden opgesteld bij ontslag uit het GDZ dat aan de eerste lijn moet worden bezorgd.

### **De interne geriatrische liaison**

De screening van alle patiënten van 75 jaar en ouder bij opname in het ziekenhuis is een activiteit die los staat van de interne liaison. Elke verpleegkundige die een patiënt opneemt, heeft de plicht om de verpleegkundige anamnese af te nemen, de bloeddruk te nemen, de patiënt te wegen, enz. en dus ook om aan de hand van één van de gevalideerde schalen (ISAR, GRP, VIP,...) te oordelen of de patiënt eventueel een geriatrisch profiel heeft. Hierdoor kan het volledige verzorgende team en de behandelende arts bewust gemaakt worden voor de specifieke geriatrische aspecten van de patiënt in kwestie, kan eventueel de hulp en de expertise van het multidisciplinaire team van de interne liaison ingeroepen worden en kan een eventueel zo spoedig mogelijk een transfer naar een G-bed overwogen worden.

De interne geriatrische liaison is alleen doeltreffend als de adviezen van het multidisciplinair team van de interne geriatrische liaison ook effectief concreet opgevolgd worden, zowel tijdens de hospitalisatie als daarna thuis (of in RVT). Om die reden krijgen de interne liaisonsteams de raad om de samenwerking te bevorderen met de verpleegeenheden, de artsentteams die zich ertoe verbinden de aanbevelingen van het interne liaisonsteam uit te voeren en alle informatie en aanbevelingen door te geven aan de eerste lijn.

Door het grote aantal oudere patiënten opgenomen in niet-geriatrische bedden en het gebrek aan geriaters op dit ogenblik is het niet mogelijk alle patiënten met een geriatrisch profiel opgenomen in niet-geriatrische bedden te superviseren. De interne liaison kan zich dus, met een grotere doeltreffendheid, richten naar specifieke hoog risicogroepen (of eenheden). Ze kan dus ook op spoedgevallen worden uitgeoefend.

De financiering moet rekening houden met het aantal patiënten van 75 jaar en ouder op jaarbasis, opgenomen in het ziekenhuis. Om binnen het huidige budget te blijven (rekening houdende met anciënniteit en index) moet uitgegaan worden van minimum 2 VTE's (50% verpleegkundigen, 20% ergotherapeuten, 30% naar keuze) per ziekenhuis en moet de rest verdeeld worden (cf. supra)

overeenkomstig het aantal patiënten van 75 jaar en ouder (naar rato van 2 à 6 VTE's/ziekenhuis). Het spreekt vanzelf dat de verpleegkundigen bij voorkeur houder zijn van de Beroepstitel of de Beroepsbekwaamheid in de Geriatrie.

Het College voor Geriatrie zal kwaliteitscriteria opstellen en die in de toekomst aanpassen. Als kwaliteitscriteria moeten overwogen worden : de communicatie en gecoördineerde actie met het team van de eenheid, de liaison met de eerste lijn, het aantal effectief opgevolgde adviezen, enz.

### **De externe liaison**

Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen het macro- en microniveau.

In lijn met de geest van de geriatrische behandeling maakt de sociaal assistent noodzakelijk deel uit van het multidisciplinair team dat de patiënt zowel tijdens zijn opname op geriatrie als in het GDZ opvolgt.

### **Gegevensuitwisseling bij opname en ontslag van de patiënt :**

Op technisch vlak moeten in de eerste plaats de technische middelen zoals het E-health platform, Vitalink in Vlaanderen of het Waals gezondheidsnetwerk, evenals de hubs die de ziekenhuizen met elkaar verbinden ervoor zorgen dat relevante informatie sneller en op het juiste moment naar de juiste actor doorstroomt (Macroniveau).

Voor de opname in het ziekenhuis (G-dienst of GDZ) moet de behandelende arts een zo omstandig mogelijke aanvraag indienen met eventueel bijkomende inbreng vanwege het thuiszorgteam of het rusthuis.

Bij het ontslag moet er een medisch verslag worden opgesteld met daarin alle conclusies van het multidisciplinair team en de eventueel nog bijkomend uitgevoerde onderzoeken. Dit verslag moet de klemtoon leggen op voorgestelde aanpassingen in de opvolging en behandeling van de patiënt. Het relevantieniveau van de gegevens moet indien mogelijk worden bevestigd door gevalideerde schalen die zijn aangepast aan elk afzonderlijk geval (Microniveau).

Het is evident dat de interne liaison ook moet beschikbaar zijn niet alleen voor de algemene ziekenhuizen, maar evenzeer voor de gespecialiseerde ziekenhuizen.

- 
- <sup>i</sup> Petermans J et al. Geriatric day hospital: what evidence? A systematic review. *Geriatr. Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2011 Sep 9(3); 295-303
- <sup>ii</sup> Velghe A et al The Belgian geriatric day hospitals as part of a care program for the geriatric patient: first results of the implementation at the national level. *Acta Clin Belg* 2011 may-june 66(3): 186-190
- <sup>iii</sup> Cameron ID et al Geriatric consultation service: are wards more effective than teams? *BMC Med* 2013; febr 22(1); 49
- <sup>iv</sup> Deschodt M et al Impact of geriatric consultation teams on clinical outcome in acute hospitals: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med* 2013; febr 22; 11:48
- <sup>v</sup> Deschodt M 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);421-6
- <sup>vi</sup> Deschodt M et al Preventing delirium in older adults with recent hip fracture through multidisciplinary geriatric consultation. *JAGS* 2012, 60(4); 733-9
- <sup>vii</sup> Deschodt M et al 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
- <sup>f</sup> Deschodt M et al Effect of an inpatient geriatric consultation team on functional outcome, mortality, institutionalisation and readmission rate in older adults with hip fracture: a controlled trial. *JAGS* 2011,59(7);1299-308
- <sup>ix</sup> Van Den Noortgate N, Petermans J , Evaluation du projet Pilote Hôpitaux gériatriques de jour, 2008, SPF Santé Publique.
- <sup>x</sup> Van Den Noortgate N, Petermans J, Onderzoeksrapport Evaluatie van de geriatrische dagziekenhuizen in België. Partim. Exploratie van de barrières en stimuli voor het doorverwijzen naar de geriatrische dagziekenhuizen zoals gepercipieerd door de huisartsen. FOD Volksgezondheid, 2008.
- <sup>xi</sup> KCE, Financiering Geriatrisch Dagziekenhuis, 2008 Studie 99A
- <sup>xii</sup> Forster A, Young J, Lambley R, Langhorne P, Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care (Review). *The Cochrane Collaboration*. Wiley, 2009
- <sup>xiii</sup> Rubenstein L et al, Effectiveness of a geriatric evaluation unit. *A Randomized Clinical Trial, NEJM* 311,26, 1664-1670, 1984
- <sup>xiv</sup> Ellis G, et al, Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital (Review). *The Cochrane Collaboration*, Wiley, 2011.
- <sup>xv</sup> Defloor T et al, The clinical nursing competences and their complexity in Belgian general Hospitals. In *Nursing and healthcare management policy*. Blackwell Publishing Ltd 2006
- <sup>xvi</sup> Baeyens JP et al, Differences in nurse (aid) staffing in acute geriatric departments in general hospitals in Europe. *European Geriatric medicine*. 1, 320-322, 2010
- <sup>xvii</sup> Braes T, Flamaing J et al. Predicting the risk of functional decline in older patients admitted to the hospital : a comparison of three screening instruments. *Age and Ageing* 2009; 38 (5), 600-3