



Geriatrische co-management voor ouderen op niet-geriatrische afdelingen

moderator: prof. dr. Johan Flamaing,
Geriatric

Programma

Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt: what's next?

prof. dr. Johan Flamaing

Geriatricie, UZ Leuven

Geriatrisch co-management voor kwetsbare ouderen

dr. Bastiaan Van Grootven

Gerontologie en Geriatricie, KU Leuven

Geriatrisch-traumatologisch co-management

drs. Sigrid Janssens

Gerontologie en Geriatricie, KU Leuven

Geriatrische spoedgevallenzorg

dr. Pieter Heeren

AccentVV, KU Leuven

Oncogeriatricie

dr. Cindy Kenis

Algemene Medische Oncologie, UZ Leuven



A brief history of Geriatrics

SPECIAL ARTICLE

EFFECTIVENESS OF A GERIATRIC EVALUATION UNIT

A Randomized Clinical Trial

LAURENCE Z. RUBENSTEIN, M.D., M.P.H., KAREN R. JOSEPHSON, M.P.H., G. DARRYL WIELAND, Ph.D., M.P.H.,
PATRICIA A. ENGLISH, M.S., JAMES A. SAYRE, Dr.P.H., AND ROBERT L. KANE, M.D.

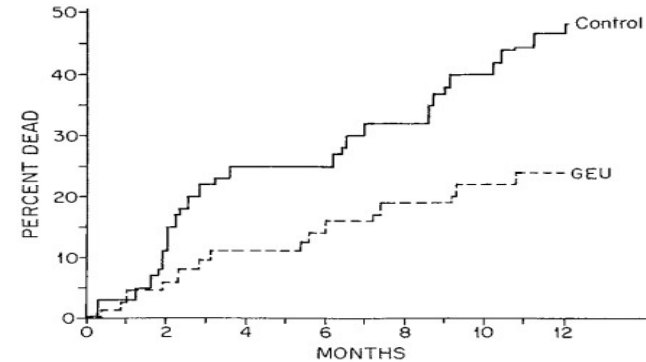
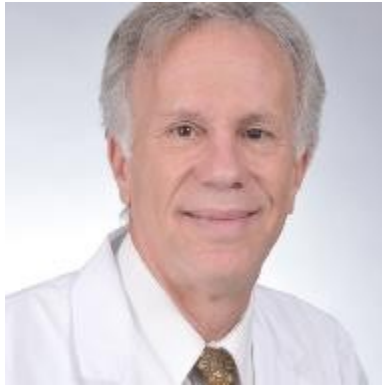


Figure 1. One-Year Mortality Curves for Geriatric Evaluation Unit (GEU) and Control Patients.

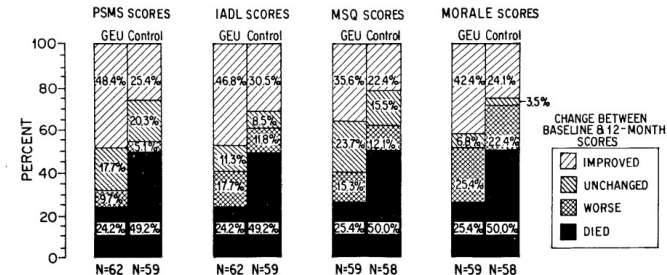


Figure 3. Change between Base-Line and 12-Month Scores on Four Outcome Scales for Geriatric Evaluation Unit (GEU) and Control Patients.

The four scales are the Personal Self-Maintenance Scale (PSMS),⁸ Instrumental Activities of Daily Living (IADL),⁹ Mental-Status Questionnaire (MSQ),¹⁰ and Lawton Morale Scale.¹¹



Comprehensive Geriatric Assessment



Admission to hospital with vs. without CGA

Outcomes	Risk with usual care	Risk with CGA (95% CI)	Relative risk (95% CI)	No. of participants (studies)	GRADE
Living at home	561 per 1000	595 per 1000 (567 - 617)	RR 1.06 (1.01 - 1.10)	6799 (16 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ HIGH
Mortality	230 per 1000	230 per 1000 (214 - 247)	RR 1.00 (0.93 - 1.07)	10,023 (21 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ HIGH
Admission to NH	186 per 1000	151 per 1000 (136 - 169)	RR 0.80 (0.72 - 0.89)	6285 (14 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ HIGH
Dependence	291 per 1000	282 per 1000 (259 - 302)	RR 0.97 (0.89 to 1.04)	6551 (14 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ HIGH
Cognitive function		SMD -0.22 to 0.35		3534 (5 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ LOW
Length of stay	1.8 - 42.8 days	1.63 - 40.7 days		5303 (17 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ LOW



Acute geriatric wards: the evidence

- **Reduction in mortality**

(Rubenstein et al. 1991; Stuck et al. 1993; Ellis & Langhorne 2004; Ellis et al. 2011)

- More patients **living alone at home**

(Stuck et al. 1993; Ellis & Langhorne 2004; Ellis et al. 2011)

- **Improved physical function**

(Stuck et al. 1993; Baztan et al. 2009; Van Craen et al. 2010)

- **Less new nursing home admissions**

Based on 6 meta-analyses the acute geriatric ward is an **evidence-based model of care** and the **gold standard** for frail older inpatients



Geriatrics in Belgium

- KB april 12, 1984
- G-eenheden in ZH
- Bekwaming in de geriatrie



Dienst Geriatrie
UZ Leuven

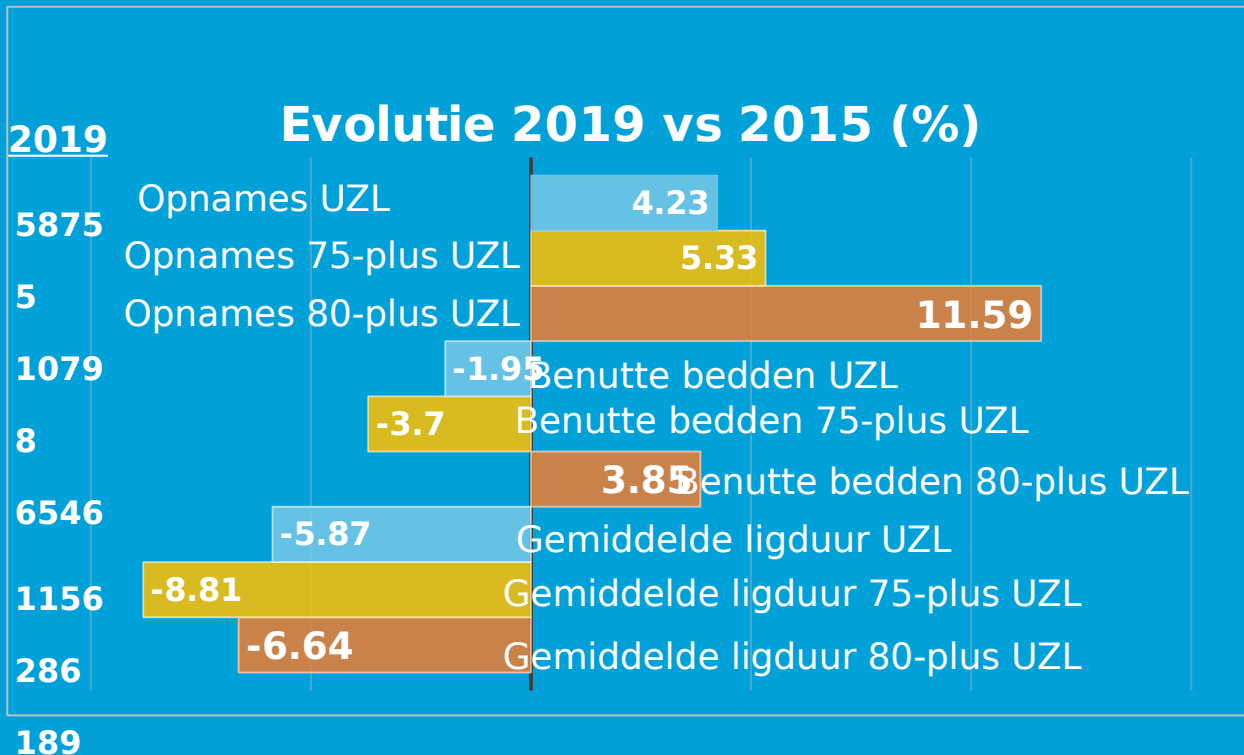
1997

- St. Pieter
- 184 bedden
- 7 afdelingen
- 2526 opnames/jaar
- gemiddelde ligduur: >25 d.
- Polykliniek geriatrie:
800 consultaties/jaar

KU LEUVEN

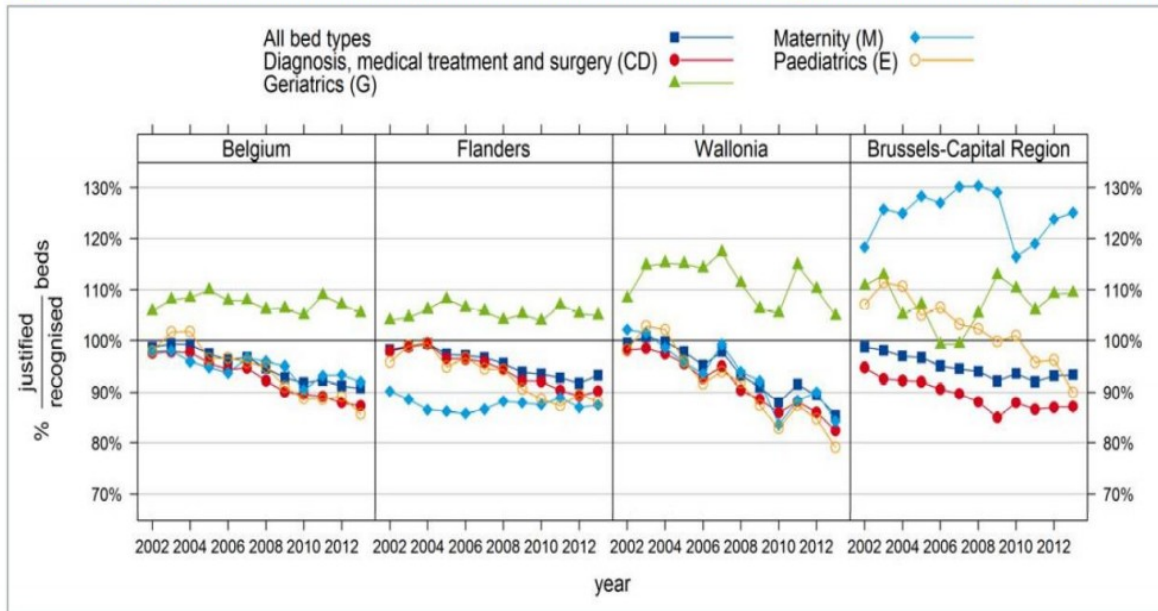
- MB 29/7/2005
- Erkenning van de discipline geriatrie





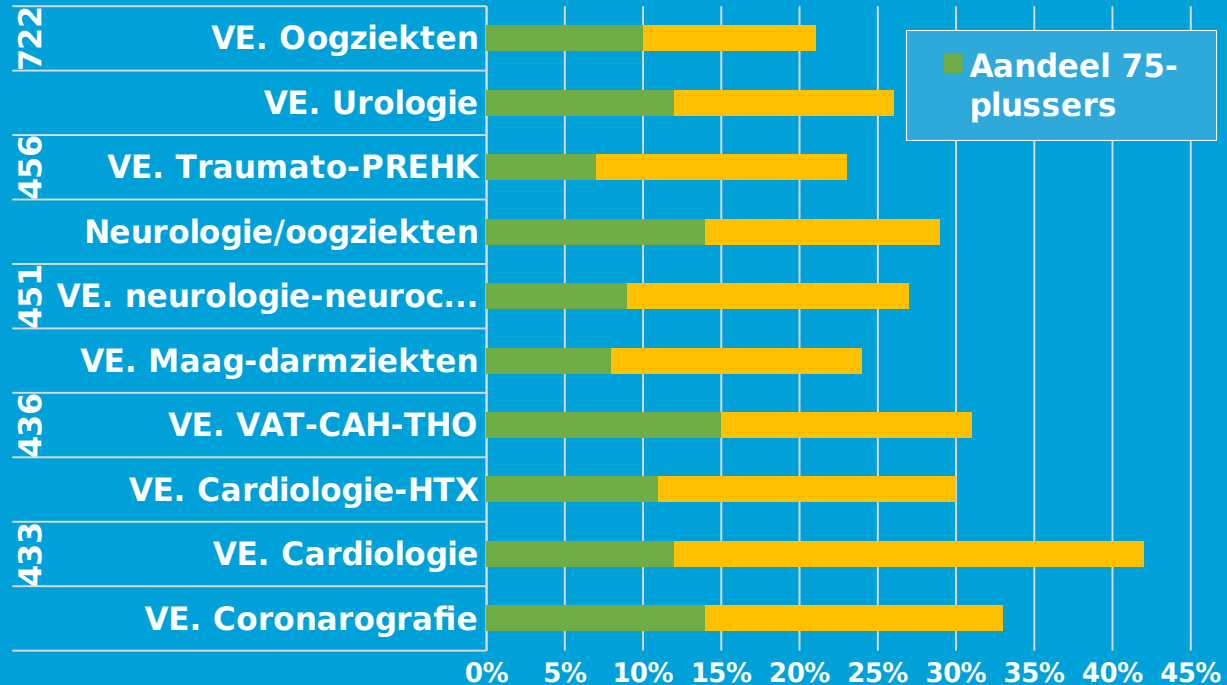
In reality

Figure 2 – Comparison of the number of justified and accredited beds for Belgium and the three regions per bed type, 2002-2013



Source: FOD-SPF³¹





When there is no acute geriatric unit...

Challenge = complex care needs of frail older adults

- IADL impairment 83%
- Functional decline 39%
- Frailty 56%
- Polypharmacy 61%
- Mobility difficulty 59%
- Caregiver burden 53%
- Malnutrition 52%



↑ complications
↑ length of stay
↑ readmission
↑ mortality
↑ nursing home admissions



Het zorgprogramma voor de Geriatrische Patiënt

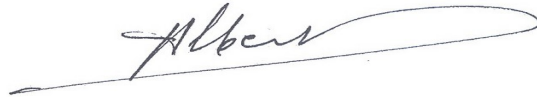
KB 2007, 2014

Art. 40. Onze Minister van Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Art. 40. Notre Ministre de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.


Gegeven te ...*Brussel, 29 januari 2007*.

Donné à *Bruxelles, le 29 janvier 2007*.



Van Koningswege:
De Minister van Volksgezondheid,

Par le Roi:
Le Ministre de la Santé publique,



Rudy Demotte



De geriatrische patiënt

- Populatie **ouder dan 75 jaar**, met tevens:
 - **Fragiliteit** en beperkte homeostase
 - Actieve **polypathologie**
 - **Atypische** klinische **beelden**
 - Verstoorde **farmacokinetica**
 - Gevaar voor **functionele** achteruitgang
 - Gevaar voor deficiënte **voeding**
 - Neiging tot inactiviteit en bedlegerigheid, toegenomen risico op opname in een instelling en afhankelijkheid bij de activiteiten van het dagelijkse leven
 - **Psychosociale** problemen

KB ZGP, 2007; 2014



Inhoud ZGP

1. Erkende Dienst G (KB 23-10-1964)
2. Geriatrische raadpleging Art. 14
3. Geriatrische daghospitalisatie Art. 15
4. Interne Liaison Art. 16
5. Externe Liaison Art. 20

Wordt op zijn minst in zijn **GEHEEL** aangeboden op één van de vestigingen van het ziekenhuis.

Art. 6-7



Vereiste deskundigheid binnen ZGP

Pluridisciplinair team van het zorgprogramma:

- Minstens één voltijds *geriater*
- Minstens 2 *verpleegkundigen* met beroepstitel of aantoonbare bekwaamheid geriatrie
- *Sociaal assistent* of verpleegkundige gespecialiseerd in de sociale gezondheidszorg
- *Kinesitherapeut*
- *Ergotherapeut*
- *Logopedist*
- *Voedingsdeskundige*
- *Licentiaat/master in de psychologie*, bij voorkeur oriëntatie klinische psychologie.
- *Zorgkundige*

9

Art. 12





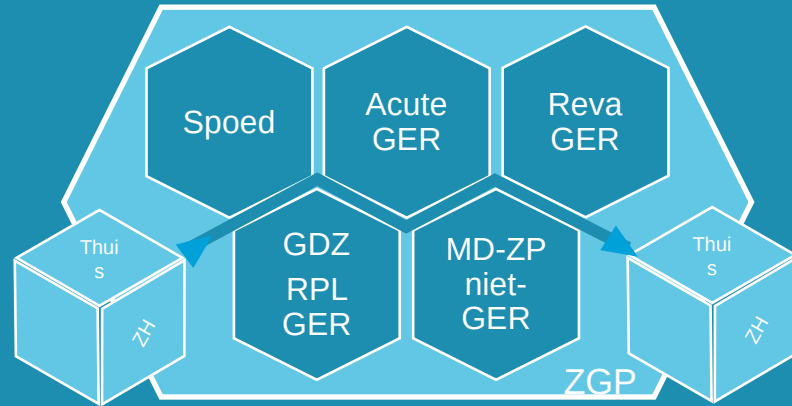
UZ Gasthuisberg

- 78 acute G bedden
- 3 afdelingen
- Diagnostiek en therapie
- Geriatrisch daghospitaal
- Geriatrisch support team

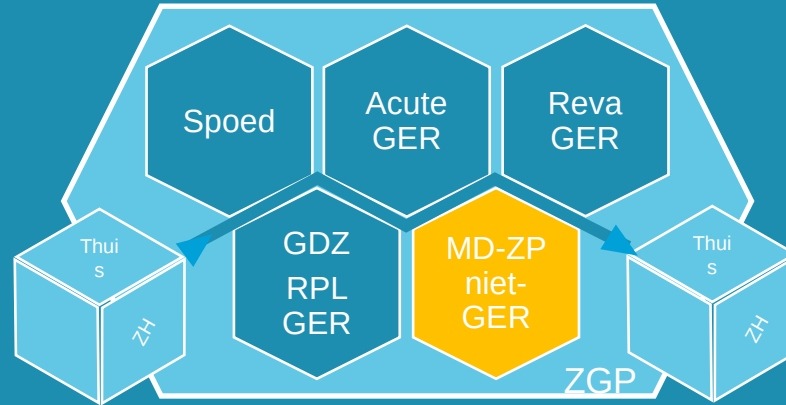
UZ Pellenberg

- 34 G bedden
- 1 afdeling
- Revalidatie
 - GIRA
 - LMR
 - AR










Zorgprogramma voor de Geriatrische Patiënt



Geriatric consultation teams

= **mobile** multidisciplinary teams that perform a multidimensional assessment, formulate care **recommendations** and develop an evidence-based **care plan** for frail older patients admitted to non-geriatric wards **upon request** of these non-geriatric wards

No execution of care tasks

-  Detection of high-risk patients
-  Request for GCT intervention
-  Multidimensional assessment
-  Interdisciplinary discussion / team meetings
- Formulating recommendations
-  Follow-up
- Dissemination of geriatric knowledge in the hospital
- Collaborating with geriatric resource nurses

Geriatric consultation teams: evidence

Table 4 Meta-analysis

Outcome	Follow-up (months)	Treatment effect			Heterogeneity		Publication bias		Number of studies
		Effect measure	Pooled estimate (95% CI)	P value for treatment effect	P value for Cochran's Q test	I squared statistic ^a	Number of studies trimmed ^b	Adjusted pooled estimate ^c	
Functional status	1	Hedges' g	0.11 (-0.22 to 0.45)	0.50	0.009	79%	0	0.11 (-0.22 to 0.45)	3 [19,20,28,29]
	3		0.07 (-0.11 to 0.26)	0.44	0.006	73%	0	0.07 (-0.11 to 0.26)	5 [19,20,28,29,31,32]
	6		0.09 (-0.14 to 0.33)	0.41	0.034	63%	1	0.15 (-0.07 to 0.37)	5 [20,26,28-30,32]
	12		0.01 (-0.15 to 0.16)	0.94	0.15	44%	0	0.01 (-0.15 to 0.16)	4 [19,23,28,29,32]
Length of stay		Weighted mean difference	-0.35 (-1.24 to 0.55)	0.45	0.75	0%	1	-0.34 (-1.24 to 0.56)	9 [19-21,24,25,27-32]
Mortality	1	Relative risk	0.66 (0.40 to 1.09)	0.10	0.46	0%	NA	NA	2 [19,20]
	3/4		0.72 (0.44 to 1.17)	0.19	0.12	47%	0	0.72 (0.44 to 1.17)	5[19-22,28,29]
	6		0.66 (0.52 to 0.85)	0.001	0.37	0%	2	0.73 (0.52 to 1.02)	6 [20-22,24,27-30]
	8		0.51 (0.31 to 0.85)	0.009	0.39	0%	NA	NA	2 [21,22]
	12		0.98 (0.86 to 1.11)	0.75	0.52	0%	2	1.01 (0.87 to 1.16)	9 [19,21-23,26,28-32]
Readmission	1	Relative risk	0.65 (0.25 to 1.67)	0.37	0.59	0%	NA	NA	2 [19,28,29]
	3		0.93 (0.82 to 1.04)	0.18	0.74	0%	2	0.94 (0.84 to 1.05)	4 [19,22,26,28,29]
	6		0.88 (0.40 to 1.96)	0.76	0.001	86%	0	0.88 (0.40 to 1.96)	3 [24,27-30]
	12		0.99 (0.83 to 1.19)	0.94	0.34	12%	2	1.09 (0.87 to 1.36)	5 [19,22,23,28,32]

CI: confidence interval; NA: not applicable. ^aI squared statistic: values less than 25% indicate low, 25% to 50% indicate moderate, and greater than 50% indicate high heterogeneity. ^bThere must be a least three studies published to run publication bias procedure. ^cAdjusted pooled estimate according to Duval and Tweedie's trim-and-fill analysis.

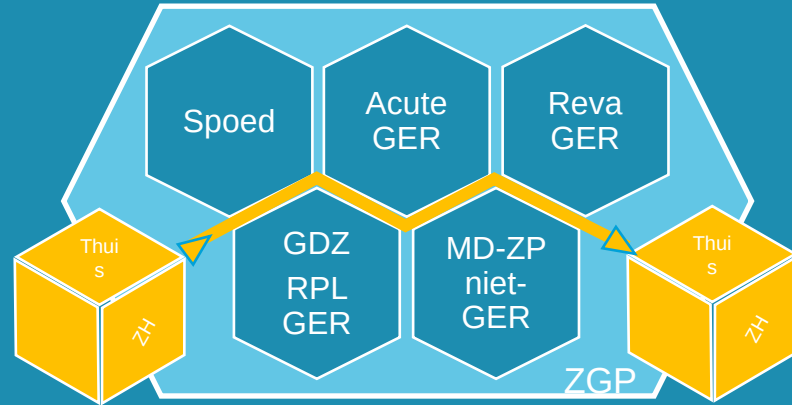
Implementatie van de geriatrische liaison in UZ Leuven

MAANDAG
20 NOVEMBER 2023
12.30 - 17.00 UUR

DOELGROEP: gerieters, verpleegkundig managers, hoofdverpleegkundigen, verpleegkundigen, verpleegkundig consulenten en specialisten, referentieverpleegkundigen geriatric, ergotherapeuten, sociaal werkers en alle andere zorgprofessionals betrokken bij of geïnteresseerd in de praktische implementatie van interne liaison geriatric

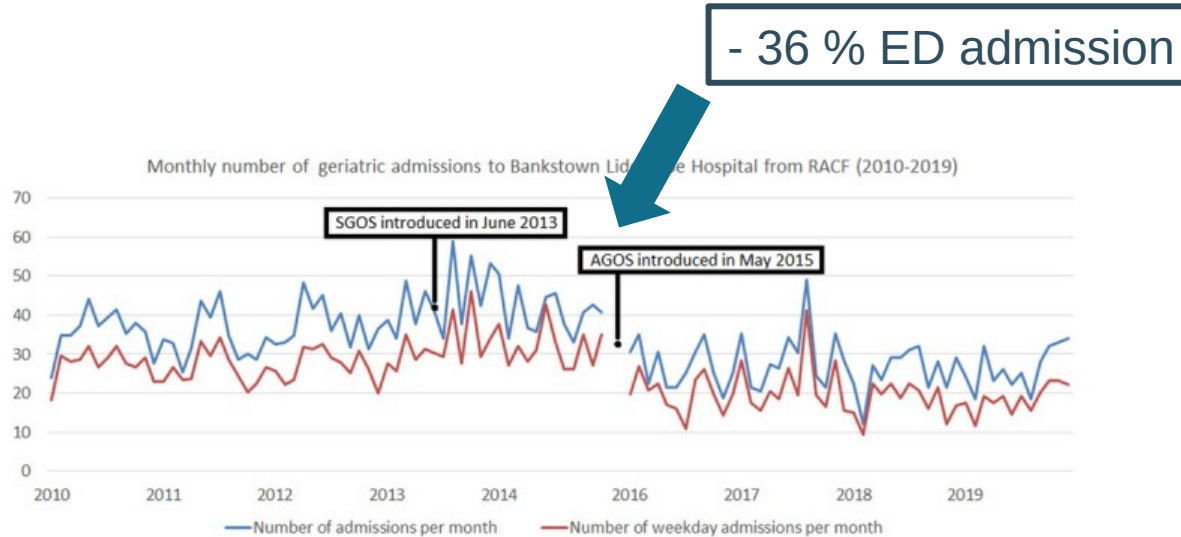
Al meer dan 20 jaar werken de dienst geriatric van UZ Leuven en het Academisch Centrum voor Verpleeg- en Vroedkunde van KU Leuven (AccentVW) intensief samen in de onderzoekslijn 'Zorgmodellen voor kwetsbare ouderen'. Door die bundeling van klinische expertise en onderzoekservaring is de dienst geriatric al decennialang, zowel nationaal als internationaal, een voortrekker op het vlak van de ontwikkeling van innovatieve zorgmodellen en de evaluatie van bestaande zorgmodellen voor kwetsbare ouderen.

Op dit symposium delen wij graag onze praktische ervaringen, dagelijkse uitdagingen en toekomstplannen met betrekking tot de implementatie van de geriatric liaisonwerking (GST) in UZ Leuven. Meer specifiek gaan we dieper in op het duurzaam implementeren van onze co-managementmodellen op internistische en chirurgische diensten en op de spoedgevallendienst. Het belooft een boeiende namiddag te worden met voldoende tijd voor zowel inhoudelijke discussie als het uitwisselen van ervaringen.



Geriatric outreach to LTCF

FIGURE 1

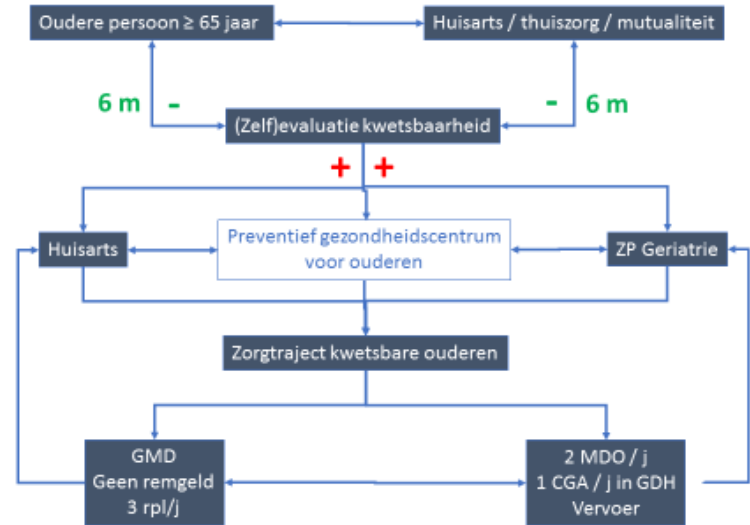


Monthly number of geriatric admissions to Bankstown-Lidcombe Hospital from RACF (2010–2019)

Reduction in hospital ED admission: 36.1% (incidence rate ratio =0.64; 95% CI: 0.58–0.71; $P < .001$)

Toekomst van het ZGP

- **ZGP 3.0**
 - *Geriatrisch team* :
 - Klinisch apotheker
 - Logistiek medewerker
 - *Spoed*
 - *Daghospitaal geriatrie*
 - *Geriatrisch co-management*
 - *Externe liaison geriatrie – outreach*
- **Zorgtraject voor (de preventie van) kwetsbare ouderen**



Programma

Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt: what's next?

prof. dr. Johan Flamaing

Geriatricie, UZ Leuven

Geriatrisch co-management voor kwetsbare ouderen

dr. Bastiaan Van Grootven

Gerontologie en Geriatricie, KU Leuven

Geriatrisch-traumatologisch co-management

drs. Sigrid Janssens

Gerontologie en Geriatricie, KU Leuven

Geriatrische spoedgevallenzorg

dr. Pieter Heeren

AccentVV, KU Leuven

Oncogeriatricie

dr. Cindy Kenis

Algemene Medische Oncologie, UZ Leuven

