

Evaluatie van de interne geriatrie consultfunctie in Belgische Ziekenhuizen

Auteurs: Mieke Deschodt, Johan Flamaing, Steven Boonen, Koen Milisen

De interne geriatrie consultfunctie in Belgische ziekenhuizen, zo bepaalt het Koninklijk Besluit van 29/01/2007 in verband met het Zorgprogramma voor de geriatrie patiënt, stelt via een multidisciplinair team geriatrie zorg en kunde ter beschikking van geriatrie patiënten op niet-geriatrie diensten.¹ De impact van dergelijke teams op patiëntenuitkomsten blijkt in de internationale literatuur echter weinig onderzocht en is bovendien niet altijd eenduidig.² Daarom werd het evalueren van de impact van geriatrie interne liaisonteams in België al snel één van de hot topics in de onderzoekslijn 'Ouderdomsgebonden zorgmodellen en zorginnovatie' aan de KU Leuven. De twee belangrijkste studies die in dit kader zijn uitgevoerd en deel uitmaken van het promotieonderzoek van Mieke Deschodt, worden hier kort toegelicht.

Screeningsinstrumenten

Om te onderzoeken welke patiënten tijdens en na de hospitalisatie een risico lopen op functioneel verval en dus mogelijk voordeel hebben bij een multidisciplinair geriatrie consult, wordt in de Belgische ziekenhuizen gebruik gemaakt van screeningsinstrumenten. De Identification for Seniors At Risk (ISAR),³ het Geriatrie Risicoprofiel (GRP),⁴ en de Voorlopige Indicator voor Plaatsing (VIP)⁵ bleken in Belgische ziekenhuizen de meest gebruikte instrumenten.⁶

In een multicentrisch onderzoek bij 710 gehospitaliseerde patiënten van 75 jaar of ouder werd de predictieve accuraatheid van de drie instrumenten met elkaar vergeleken.⁷ Geen van de drie instrumenten was duidelijk beter dan de andere: ISAR en GRP (beide met afkapwaarde ≥ 2) en VIP (met afkapwaarde ≥ 1) hadden een uitstekende sensitiviteit en negatief voorspellende waarde; de twee belangrijkste kenmerken van een goed screeningsinstrument. De instrumenten hadden echter een lage specificiteit en positief voorspellende waarde. Gezien het groot aantal valspositieve cases dat hieruit voortkomt, is in de dagelijkse praktijk een twee stappenbenadering aangewezen. Na het gebruik van het screeningsinstrument dient bij de patiënten met een positieve score een comprehensief geriatrie assessment uitgevoerd te worden om na te gaan enerzijds of er inderdaad geriatrie interventies dienen te gebeuren en anderzijds op welke domeinen (bv. functioneel, cognitief, sociaal...) er interventies gepland dienen te worden.

Om de impact na te gaan van de interne geriatrie consultfunctie werden in het UZ Leuven heupfractuurpatiënten van 65 jaar of ouder gedurende 1 jaar toegewezen aan een controle- of interventieafdeling traumatologische heilkunde.^{8,9} De controlepatiënten kregen de standaardzorg toegediend. De interventiepatiënten werden – bovenop de standaardzorg – gedurende hun hospitalisatie opgevolgd door het geriatrie intern liaisonteam. Dit multidisciplinair team was samengesteld uit drie verpleegkundigen, een geriater, sociaal assistent, ergotherapeut en kinesitherapeut; allen met expertise in geriatrie zorg. De interventie van het liaisonteam bestond uit vier stappen: een comprehensief geriatrie assessment (CGA) door de liaisonverpleegkundige en geriater, verdere diepgaande multidisciplinaire evaluatie, formuleren van adviezen, en follow-up.

Tijdens de studieperiode werden 171 patiënten geïncludeerd en toegewezen aan de interventie- ($n=94$) of controlegroep ($n=77$). Er waren geen verschillen tussen beide groepen op vlak van de baseline patiëntenkenmerken.

Resultaten

Er konden geen significante verschillen worden vastgesteld tussen de interventie- en controlegroep zowel op het vlak van de gemiddelde verblijfsduur en ADL-functioneren in het ziekenhuis, als op het vlak van ADL-functioneren, aantal heropgenomen, geïnstitutionaliseerde en overleden patiënten op 6 weken, 4 maand en 1 jaar na heupchirurgie. Het aantal postoperatieve delirante patiënten tijdens hospitalisatie was echter significant lager in de interventiegroep (37.2 %) dan in de controlegroep

(53.2 %; $p = .04$). Bovendien waren er minder interventiepatiënten (22.7 %) die een cognitieve achteruitgang (ontslag versus baseline) hadden in vergelijking met controlepatiënten (38.7 %; $p = .02$). Het geriatrisch intern liaisonteam gaf gemiddeld 4.3 adviezen (SD = 2.1, range 1-10) aan de interventiepatiënten. Uit de analyses bleek echter dat een derde (32.5 %) van de gegeven adviezen niet en 10.6 % slechts gedeeltelijk was opgevolgd.

Discussie

Hoewel er dus een belangrijk positief effect werd aangetoond op vlak van postoperatief delirium en cognitief functioneren, impliceren de onderzoeksresultaten een herziening van het huidig adviserend zorgmodel. In een adviserend zorgmodel is de kloof tussen geriatrisch assessment en het daadwerkelijk uitvoeren van adviezen groot, waardoor het moeilijk is een globaal positief effect van het geriatrisch liaisonteam te realiseren (o.a. op vlak van ADL-functioneren). Dit onderzoek suggereert dat een koerswijziging van de geriatrische interne liaisonteams in de Belgische acute ziekenhuizen nodig is, omdat door de vrijblijvendheid waarmee de aanvragende zorgequipe de adviezen kan opvolgen, deze advisering de kwaliteit van zorg voor de geriatrische patiënt slechts gedeeltelijk ten goede komt. In vergelijking met het huidig adviserend model, zou een intern geriatrisch liaisonteam meer directe controle moeten hebben over de patiëntenzorg en dient er geïnvesteerd te worden in meer bedside teaching van zorgverleners op de niet-geriatrische afdelingen.

Bovenstaande onderzoeken werden recent door de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie bekroond met de Prijs Borgerhoff voor Geriatrie 2012. Vervolgonderzoek zal focussen op de mogelijke meerwaarde van geriatrisch liaisonteam interventies op de spoedgevallendiensten van Belgische ziekenhuizen.

Auteurs

Mieke Deschodt

Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, KU Leuven, Departement Geriatrie, UZ Leuven
Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, KU Leuven, Leuven

Departement Geriatrie, UZ Leuven, Leuven

Johan Flamaing

Dienst Geriatrie, UZ Leuven en Departement Klinische en Experimentele Geneeskunde, KU Leuven
Dienst Geriatrie, UZ Leuven, Leuven

Departement Klinische en Experimentele Geneeskunde, KU Leuven, Leuven

Steven Boonen

Afdeling geriatrie, UZ Leuven
Afdeling geriatrie, UZ Leuven, Leuven

Koen Milisen

Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen, Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg, Academisch Centrum voor Verpleeg- en Vroedkunde (accentVV), KU Leuven, Dienst Geriatrie, UZ Leuven
Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg, KU Leuven, Leuven

Dienst Geriatrie, UZ Leuven, Leuven

Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen, Leuven

Literatuurlijst

1. Federale Overheidsdienst voor Volksgezondheid, Veiligheid van Voedselketen en Milieu, 2007. Koninklijk besluit 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. Brussel, België.
2. 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.
3. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trépanier S, Verdon J, Ardman O. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: The ISAR screening tool. *J Am Geriatr Soc.* 1999;47:1229-1237.
4. Braes T, Flamaing J, Sterckx W. Predicting the risk of functional decline in older patients admitted to the hospital: a comparison of three screening instruments. *Age Ageing.* 2009;38(5):600-603. 10.1093/ageing/afp097
5. Vandewoude MF, Geerts CA, Paridaens KM, d'Hooghe AH. A screening tool for activating liaison geriatrics in general hospitals: the "Variable Indicative for Placement risk" (VIP). *Eur J Geriatr.* 2008;10:120-126.
6. 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;49:842-849. 10.1016/j.ijnurstu.2011.11.015
7. Deschodt M, Wellens N, Braes T. Predicting functional decline in older hospitalized patients: a comparative multicenter study of three screening tools. *Aging Clin Exp Res.* 2011;23:421-426.
8. Deschodt M, Braes T, Broos P. Effect of an inpatient geriatric consultation team on functional outcome, mortality, institutionalization, and readmission rate in older adults with hip fracture: A controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* 2011;59:1299-1308. 10.1111/j.1532-5415.2011.03488.x
9. Deschodt M, Braes T, Flamaing J. Preventing delirium in older adults with recent hip fracture through multidisciplinary geriatric consultation. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60:733-739. 10.1111/j.1532-5415.2012.03899.x