

1. Samenstelling

- a. Voorzitter : M Lambert. Ondervoorzitter: JC Lemper. Secretaris: JP Baeyens
- b. Leden: H Daniels, V Lesage, N Van Den Noortgate. Daar collegae J Petermans en C Swine hun ontslag indienden in 2009 en een aantal leden einde mandaat waren en eventueel moesten vervangen worden, werd een oproep gelanceerd voor kandidaten. Uit de 8 kandidaten werden collegae E Dejaeger, B Boland en MC Van Nes voorgedragen als vervangers, en werden gevraagd om reeds mee te werken tot hun definitieve benoeming. Deze benoeming kon wegens afwezigheid van een nieuwe regering niet gebeuren in 2010.
- c. Er werd gedurende 2010 regelmatig beroep gedaan op volgende experten: professor K Milisen, K Rector in het kader van het Valproject 2010. Professor P Vlerick in het kader van de studie rond levenskwaliteit en job tevredenheid van de geriater.

2. Vergaderingen

- a. Er werd vergaderd op volgende data: 2/2; 2/3; 20/4; 1/6; 7/9; 5/10; 16/11; 7/12
- b. Verslagen vergaderingen: zie bijlage

3. project 2010

- a. valprotocol: het College besliste om in 2010 opnieuw na te gaan wat er gebeurde met het valprotocol na de publicatie van het protocol. Dit werk werd reeds voorbereid in 2009. Er werd zoals bij vroeger onderzoek een brief verstuurd door de voorzitter van het College met aankondiging en korte schets van het project. Deze brief werd verstuurd naar alle geriateren, alle diensthoofden geriatrie en alle hoofdgeneesheren van de ziekenhuizen met een dienst geriatrie. De beide enquêtes (zie lager) waren beschikbaar in elektronische versie  
Er werd een *eerste vragenlijst* gestuurd naar alle 111 ziekenhuizen met een G-dienst. Deze korte vragenlijst peilde naar de toepassing van een valpreventiebeleid in het ziekenhuis. De respons bedroeg 41%. De resultaten toonden aan dat 65% van de ziekenhuizen een beleid hebben ivm valpreventie en 52% een richtlijn gebruikt. In de helft van de ziekenhuizen en diensten met een richtlijn wordt de richtlijn van het College Geriatrie gebruikt. We verwijzen hiervoor naar de website van de BVGG ([www.geriatrie.be](http://www.geriatrie.be)) en van het expertisecentrum valpreventie ([www.valpreventie.be](http://www.valpreventie.be)), waar de richtlijn kan geconsulteerd worden. Op dienstniveau hebben 95% een beleid, en 76% geeft aan een richtlijn te gebruiken. Deze resultaten tonen aan dat tov vorig onderzoek (2006-2007, zie vroegere verslagen) er meer ziekenhuizen zijn die over een valpreventiebeleid beschikken, nl een stijging van 28.1% naar 65%. De toename op de G-dienst is nog groter: 32.8% naar 95%. De responsgraad was wel lager in dit laatste onderzoek. De gezondheidswerkers gaven aan zeer tevreden te zijn met de richtlijnen die ze gebruiken.  
Een *tweede vragenlijst* werd enkel verstuurd naar de diensten die in de eerste enquête hadden aangegeven ook aan dit tweede deel te willen meewerken. Deze enquête peilde naar de faciliterende en belemmerende factoren bij de implementatie van een richtlijn en diende multidisciplinair te worden ingevuld. De respons op deze vragenlijst bedroeg 80%. Hieruit blijkt dat het motiverend werkt als de richtlijn interdisciplinair wordt aangepakt. Het feit dat de richtlijn helpt om de patiëntveiligheid te verbeteren wordt ook als stimulerend ervaren. Belemmerende factoren zijn het gebrek aan tijd en aan personeel, een ook reeds in vroeger onderzoek van het College Geriatrie vermelde opmerking en verzuchting!  
Voor meer gedetailleerde beschrijving van de resultaten van dit onderzoek verwijzen we naar bijlage (scriptie masterproef van K Rector).

De resultaten van het onderzoek werden besproken op het college en er wordt nagedacht **hoe het werkveld kan gemotiveerd worden** om dergelijke richtlijnen, die ontwikkeld werden door het College, meer te gebruiken. Het college suggereert aan de overheid om bv bij de visitatie het gebruik van valprotocols te bekijken en aan te moedigen. Ook zou men bij bevestigingen door de FOD aan de ziekenhuis de vraag kunnen opnemen of het ziekenhuis beschikt over een valprotocol en dit opvragen. Er wordt gesuggereerd om in de ziekenhuizen ter plaatse te gaan kijken wat men echt gebruikt. Dit zou eventueel ikv een volgend peer review onderzoek kunnen gebeuren, maar het college beschikt hiervoor niet over middelen.

- b. Project **werktevredenheid van de geriater**: daar goede kwaliteit van zorg voor een groot deel mee bepaald wordt door de levenskwaliteit en werktevredenheid van de arts (en zijn equipe) en mede nav een onderzoek in het College IZ, had het College geriatrie de intentie om een enquête te verrichten naar werktevredenheid bij de geriaters. Er werd advies gevraagd aan professor Vlerick om een dergelijk onderzoek te verrichten. Hij werd uitgenodigd op een vergadering van het College en gaf hier een uiteenzetting over het onderwerp. In de volgende vergaderingen werd gezocht naar een goede vragenlijst, die naar de job tevredenheid kon peilen. Daar veel vragenlijsten vooral lijken te peilen naar burn out en als negatief worden ervaren, wordt beslist een andere werkwijze te hanteren. Er werd een schrijven gericht naar de geriaters waarin gevraagd wordt om 3 punten aan te geven die het werk *positief* beïnvloeden, 3 factoren die het *negatief* beïnvloeden, en tenslotte uit de eerder vermelde factoren (maximaal) 3 *suggesties* te doen voor punten waar het College Geriatrie zou kunnen aan werken en die de jobtevredenheid positief zouden kunnen beïnvloeden. De enquête werd bewust zeer eenvoudig en kort gehouden, met de bedoeling de responsgraad hoog te houden. We kregen 95 antwoorden (responsgraad 41%) binnen de vooropgestelde tijd. Nadien kwamen nog 30 antwoorden, die echter geen nieuwe elementen aanbrachten. Volgende antwoorden werden genoteerd:
- i. Positieve factoren: multidisciplinariteit (71), variatie in beroep (40), holistische kenmerk van deze vorm van geneeskunde (27), dankbaarheid van de patiënt en/of familie (24), erkenning door collegae (20), effect van de aanpak op de levenskwaliteit van de patiënt (17), warme sfeer en het humane van deze geneeskunde (10)
  - ii. Negatieve factoren: zware werklast (49), financiële onderwaardering (40), negatief imago van geriatrie (37), tekort aan geriaters (27), agressieve en eisende families (26), onderwaardering en gebrek aan erkenning door collegae (25), onderbestaffing van de verplegenden (20), administratieve overbelasting (18), negatieve relatie met directie/management van het ziekenhuis (13)
  - iii. Mogelijke werkpunten voor College: verbetering van de erkenning van het specialisme geriatrie als volwaardige specialiteit (58), betere financiële vergoeding voor geriatrie (55), meer geriaters opleiden (47), verbetering van de verpleegkundige en paramedische bestaffing (42), verbetering van het imago van geriatrie en veroudering in het algemeen (26), verminderen van de administratieve werklast (15) en tenslotte werden een aantal suggesties gedaan voor verbetering van de organisatie van de dienst.

Deze resultaten werden op de vergadering van het college besproken. Volgende bedenkingen vragen de aandacht:

1. het is opmerkelijk dat er evenveel collegae vinden dat het contact met familie zowel stimulerend als belemmerend is. Dit zou een actiepoint kunnen zijn om bv een project te doen rond omgaan met "moeilijke" families. Idem voor omgaan met, erkenning en appreciatie door collegae specialisten.
2. het college Geriatrie wenst nav deze enquête nogmaals te benadrukken dat de bestaffing, zeker op vlak van aantal verpleegkundigen, op de dienst geriatrie veel te laag is om een goede kwaliteit van zorg te kunnen bieden. Het college betreurt het dat nav het ontwikkelen van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt de norm voor de verpleegkundige bestaffing niet werd opgetrokken tot een niveau zoals in de meeste andere Europese landen. Heel wat collegae ondervinden moeilijkheden in het contact met hun directies.

De resultaten werden voorgesteld op de algemene vergadering en ter discussie voorgelegd aan de collegae. Dit bracht geen nieuwe elementen meer aan. Er werd nadien nagedacht of er met dit onderzoek nog verder kon gewerkt worden, maar de gegevens uit deze enquête waren te beperkt voor verdere analyse.

#### 4. Project 2011

Het college heeft beslist in 2011 te werken rond de aanpak van delirium in de ziekenhuizen. Hiervoor zal op een analoge wijze gewerkt worden als bij het voorgaande valpreventie project. In 2011 zal een eerste bevraging gebeuren naar het bestaan van een beleid rond delirium, en naar de werkwijze van de diensten ivm dit probleem. Deze vragenlijst zal zich richten tot alle patiënten opgenomen in het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt, en dus niet enkel de patiënt opgenomen op een G-bed.

In dit onderzoek zal nagegaan worden of er in het ziekenhuis of op de dienst een protocol bestaat die de aanpak van delirium beschrijft. Er zal steeds gevraagd worden bestaande (geschreven) protocols mee te sturen.

Deze enquête zal begin 2011 gefinaliseerd worden, met de bedoeling ze te versturen in de loop van de maand maart. De enquête zal elektronisch ingevuld worden op de website van de BVGG. De meegestuurd protocols zullen geanalyseerd worden naar inhoud. Data analyse zal vervolgens gebeuren in de loop van 2011 en de resultaten worden nadien voorgesteld op de symposia van de BVGG.

Voor het opstellen van de enquête en het verwerken van de data zal het College samenwerken met experts in het domein van het delirium.

Vervolgens, en vermoedelijk zal dit deel doorlopen in 2012, plant het College Geriatrie, ook opnieuw in samenwerking met experts, een voorstel uit te schrijven voor een uniforme aanpak van delirium. In het kader van het Belrai-project werd reeds een CAP uitgeschreven ivm delirium. Daar het College Geriatrie vermoedt dat in de nabije toekomst alle diensten geriatrie zullen aangemoedigd worden tot het gebruik van de RAI, zal het College dit protocol, dat uitgeschreven werd door Belgische experts, gebruiken als basis voor een door het College aanbevolen uniforme aanpak. Het College zal zich specifiek wat verdiepen in de medicamenteuze aanpak, gebaseerd op een literatuuronderzoek.

Opnieuw analoog aan het traject van het valprotocol van de voorbije jaren hopen wij in de toekomst het gebruik van dit deliriumprotocol nadien te kunnen uittesten op de diensten, waarna het zal aangepast worden en ter beschikking zal gesteld worden aan alle diensten geriatrie voor gebruik.

In de toekomst plannen wij een nieuwe bevraging en hermeting rond de aanpak van delirium.

#### 5. Honorering kwaliteitsverbeterende projecten

Het College heeft als opdracht de kwaliteit van de zorg van geriatrische patiënten binnen het zorgprogramma te verbeteren. Uit onderzoek van het College in 2009 ikv kwaliteitsparameters bleek dat heel wat diensten nog niet vertrouwd zijn met het werken rond kwaliteitsverbeterende initiatieven. De diensten staan echter wel open om samen te werken met het College. In de hoop lokale initiatieven aan te moedigen heeft het College Geriatrie het idee opgevat om een financiering te voorzien voor een kwaliteitsverbeterend werk. Het reglement werd uitgeschreven in 2010 en goedgekeurd door de raad van bestuur BVGG (zie bijlage).

De diensten geriatrie worden in 2011 per email op de hoogte gesteld van dit initiatief, en een (eventuele) eerste toekenning is voorzien op de academische zitting van de BVGG in 2011.

#### 6. samenwerking

FOD Volksgezondheid

De voorzitter en de secretaris van het College namen deel aan diverse begeleidingscomités van onderzoeksprojecten in het domein van de geriatrie

7. publicaties en mededelingen

- a. Voorstellingen van het werk van het College tgv de Wintermeeting en Journées d'Automme 2010, en de algemene vergadering van de BVGG.
- b. K Rector, K Milisen, N Van Den Noortgate, G Lambert, L De Paepe, J Coussement. Implementatie van een door de beroepsvereniging ontwikkelde richtlijn voor valpreventie op acute G-diensten in België.

8. Onkosten nota

Zie aparte bijlage

Bijlagen

Verslag vergaderingen

Thesis K Rector

Publicatie JPB

Reglement Prijs